

VOORDOEN, ALLEEN DOEN EN SAMENDOEN

Beeldend Behandel aanbod voor triple problematiek in de verslavingszorg.

Deel I: Praktijk product

Vanessa Heuvelman, Student nummer: 1569615



**Studierichting Creatieve Therapie
Vierde Studiejaar
Periode C en D, April 2013
Consulent Jaap Driest**

Inhoudsopgave

1. Inleiding	p. 3
1.1 Therapievorm	p. 5
1.2 Werkveld en naam van de instelling	p. 5
1.3 Setting cliëntencontact	p. 6
1.4 Inbedding van het behandelprogramma ingebed in het totale zorgprogramma.	p. 6
2. Doelgroep	p. 7
2.1 Afbakening van triple problematiek	p. 7
2.2 Op welke doelgroep richt het behandelaanbod zich	p. 7
2.2.1 LVB en triple problematiek	p. 6
2.2.2 Psychiatrische stoornis en triple problematiek	p. 8
2.2.3 Gedragsproblematiek en triple problematiek	p. 9
2.2.4 Verslaving en triple problematiek	p. 9
2.3 Samenvatting triple problematiek	p. 10
3. Hulpvraag	p. 11
4. Indicaties/contra indicaties	p. 12
5. Doelen	p. 13
6. Intake	p. 14
7. Behandelvisie	p. 15
7.1 Behandelvisie DD kliniek en Tactus	p. 15
7.2 Algemene behandelvisie voor triple problematiek	p. 16
7.3 Behandelvisie beeldende therapie	p. 18
7.4 Theoretisch kader / Rationale: waarom het werkt	p. 18
8. Uitvoering	p. 27
8.1 Tijdsduur	p. 27
8.2 Groeps- of individuele therapie	p. 27
8.3 Randvoorwaarden	p. 27
8.4 Therapeutische attitude	p. 28
8.5 Therapeutische interventies bij triple problematiek	p. 27
8.6 Werkwijze: afstemmen met andere behandelaren	p. 29
8.7 Materiaal interventies en werkvormen bij triple problematiek	p. 29
9. Behandelfasen	p. 31
9.1 opstartfase	p. 31
9.2 behandelfase	p. 33
9.3 afsluitfase	p. 39
10. Eindtermen	p. 40
11. Implementatie van het beeldend behandelaanbod, pilot en vervolg onderzoek	p. 42
12. Bijlage werkvormen	p. 44
13. Bronnen en literatuurlijst	p. 49

1. Inleiding

Voor mijn opleiding heb ik stage gelopen bij de verslavingsklinieken van Tactus, onder andere op kliniek dubbel diagnose te Deventer. Opmerkelijk vond ik dat bij een groot deel van de patiënten naast de verslavings- en psychiatrische stoornis, ook sprake is van een verstandelijke beperking. Dit heeft mij er toe gezet om voor mijn afstuderen me verder te gaan verdiepen in deze doelgroep en hiervoor een beeldend behandelaanbod te gaan schrijven. Na aanleiding van een symposium 'iedereen gebruikt toch' en gesprekken met deskundigen, werkzaam bij Tactus, werd mijn vermoeden van aanwezigheid van een verstandelijke beperking bij deze doelgroep bevestigd¹. Uit een intern onderzoek bij de dubbel diagnose kliniek (DD kliniek) is gebleken dat tussen de 20-30% van de patiënten een licht verstandelijke beperking heeft in combinatie met een psychiatrische stoornis en verslavingsproblematiek, die wordt aangeduid als triple problematiek. In de praktijk ligt mogelijk het percentage hoger, omdat niet bij alle patiënten destijds een NPO² is afgenomen. Echter blijkt uit de ervaring in de praktijk, dat het diagnosticeren van deze doelgroep lastig is en niet altijd betrouwbare gegevens oplevert. De achterliggende oorzaak is dat de verstandelijke beperking, de psychiatrische stoornis en de verslavingsproblematiek elkaar op een ingewikkelde wijze kunnen beïnvloeden of maskeren. Een goede diagnose zal dan pas kunnen worden vastgesteld als de patiënt langer is opgenomen en een tijd geen middelengebruik heeft gebruikt. In het beeldend behandelaanbod wordt de term triple problematiek toegepast op patiënten waarbij er een sterk vermoeden is van een verstandelijke beperking.

De doelgroep waarbij sprake triple problematiek komt zowel voor bij de verstandelijk gehandicapten zorg, verslavingszorg, GGZ en forensische psychiatrische zorg. Echter zijn er bij slechts twee instellingen zoals Trajectum en Novadic & kentron, die zich richten op triple problematiek. Uit de onderzoeken (Hoe kunnen we beter aansluiten?, 2012, Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ van Trimbos, 2010 en boek/symposium 'iedereen gebruikt toch' 2012) als ook uit de praktijk van deskundigen van Tactus blijkt dat de triple problematiek wel degelijk aanwezig is in de zorg en dus ook in de verslavingszorg en meer specifiek ook op de DD kliniek te Deventer. Deskundigen zijn het over eens dat er specifieke behandeling voor deze doelgroep nodig is. Daarnaast is er sprake van behandelingsverlegenheid omdat men tegen contra-indicaties aanloopt en deze doelgroep vaak niet past in de bestaande behandelingen. "Een laag IQ is vaak een contra-indicatie voor behandeling in de verslavingszorg, terwijl middelengebruik vaak een contra-indicatie vormt voor de behandeling, begeleiding en het wonen en werken in de verstandelijke gehandicapten zorg.(Clerkx & Trentelman,2007 in Thijs et al, 2008)³". Waardoor de samenwerking tussen de deskundigen ad-hoc kan verlopen en deze doelgroep tussen het wal en schip belandt.

Uit het boek en het symposium 'iedereen gebruik toch', en de onderzoeken van 'hoe kunnen

¹ Onderzoeken zijn: (Hoe kunnen we beter aansluiten?, 2012, Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ van Trimbos, 2010 en boek/symposium 'iedereen gebruikt toch' 2012).

² Neuropsychologisch onderzoek, voor het vaststellen van problemen in het functioneren in het dagelijks leven, die verklaarbaar zijn uit een beschadiging of storing in de hersenen. Hierbij kan gedacht worden aan dementie, een herseninfarct of een andere oorzaak. <http://www.geriant.nl/10670/1/nieuwsbrief-2011-2-npo-wat-is-dat.html>

³ Triple problematiek binnen de Dubbel diagnose Kliniek Deventer, Hoe kunnen we beter aansluiten?, W. Fiselier, onderzoeksverslag in kader van LGGV opleiding, september 2012. P.10 /11

we beter aansluiten' (W. Fiselier, 2012), GGZ Trimbos (2010) komt naar voren dat patiënten de behandeling als cognitief ervaren en wordt te veel aanspraak gedaan op de schriftelijke communicatie. De deskundigen blijken teveel gericht te zijn op het verkrijgen van inzicht in eigen handelen. Uit het voorgaande kan de conclusie worden getrokken dat de huidige vorm van behandeling op de DD Kliniek wordt aangeboden niet goed aansluit op de triple problematiek. Dit heeft als gevolg dat patiënten worden overvraagd, wat weer leidt tot het tussentijds afhaken van de behandeling. Patiënten met een triple problematiek zijn kwetsbare beschadigde mensen, die gezien de biologische en sociale-emotionele beperking meer kans hebben op het ontwikkelen van een psychopathologie en een verslavingsproblematiek.

Tijdens mijn stageperiode ben ik erachter dat er voor deze doelgroep geen specifieke beeldend behandelaanbod is ontwikkeld. In de oriëntatieperiode en het vooronderzoek is mij opgevallen dat non verbale interventies goed kunnen aansluiten op de doelgroep. Echter zijn er tot op heden binnen vaktherapie voor triple problematiek geen behandelvormen ontwikkeld. Wel is er een groeiende interesse is om zowel bij Tactus als bij andere instellingen andere behandelvormen te gaan ontwikkelen die beter kunnen aansluiten op de triple problematiek. Dit heeft mij op het idee gebracht om een beeldend behandelaanbod te gaan ontwikkelen.

Dankwoord:

Hierbij wil ik mijn dank uitspreken naar de volgende mensen, die op een aandachtige wijze mij zowel vooraf al achteraf hebben geholpen en het beeldend behandelaanbod van feedback hebben voorzien:

Dit waren onder andere: Rianca den Ouden (zorgontwikkeling bij Tactus), Gerrit Kroes (Hoofd management DD kliniek), Silvia Illbrink (Systeemtherapeut bij Tactus), Heirdun van Kooten (beeldend Therapeut op de Henriëtte Hartse kliniek van Tactus), Joka Flierman (beeldend therapeut DD Kliniek Tactus), Monique van der velden (Beeldend therapeut Novadic & Kentron) Ricky Scholten (beeldend therapeut Avelijn) en Hester Schroeber (psychiatrische verpleeg kundige DD Kliniek).

1.1 Therapievorm

Het beeldend behandelaanbod zal gericht zijn op volwassen patiënten met een triple-problematiek (verslavingsproblematiek, psychiatrische stoornis en LVB/zwakbegaafdheid) en geschikt zijn voor mannen als vrouwen op de DD kliniek. De behandeling bestaat uit drie fasen, waarin patiënten kunnen werken aan het vergroten van het eigen welbevinden en kunnen werken aan het vergroten van lage en verstoorde zelfbeeld, zelfvertrouwen, weerbaarheid, eigen kracht. Met als doel van de verslaving af te komen en weer grip te krijgen op hun leven.

De uitgangspunten van het beeldend behandelaanbod zijn gerelateerd aan de volgende thema's: motivatie, stabilisatie, succeservaringen, zelfbeeld, ik-sterkte, impuls-emotieregulatie, differentiëren van emoties, weerbaarheid en sociale vaardigheden. In de behandel fase zullen met name de kerngebieden⁴ zoals: zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie worden gebruikt. De reden hiervoor is dat de psychiatrische stoornis van patiënten onderling nogal verschillend zijn en zich uiten in diverse symptomen. De behandelend beeldend therapeut kan in de behandel fase een keuze maken uit de vier kerngebieden, zodat duidelijk wordt welke problematiek erop de voorgrond staat. Van belang is dat in beeldende therapie op een procesmatig manier gewerkt wordt aan de persoonlijke doelen van de patiënt. Een voorwaarde is dat er een nauwe samenwerking bestaat tussen behandelaren en therapeuten onderling. Om de generalisatie te bewerkstelligen van het nieuw geleerde gedrag.

1.2 Werkveld en naam van de instelling

De DD-kliniek is vijf jaar geleden opgericht en bestaat uit een samenwerkingsverband verband tussen de verslavingszorg van Tactus en Dimanche GGZ. Patiënten worden aangemeld vanuit de psychiatrie en GGZ (Mediant, Psyc Q, Dimence) en vanuit Tactus verslavingszorg. Regelmatig worden er ook patiënten aangemeld uit de sociale verslavingszorg van Tactus (SVZ) of komen er patiënten binnen met een rechtelijke machtiging of forensische aantekening. Op de DD kliniek verblijven zowel mannen als vrouwen, met complexe problematiek. Het zijn vaak zeer kwetsbare en beschadigde mensen die gestagneerd zijn in hun ontwikkeling en problemen hebben op meerdere levensgebieden. Naast hun verslavingsproblematiek is er sprake van een psychiatrische stoornis op AS-I en AS-II, zoals persoonlijkheidsstoornissen, ASS, ADHD, depressie, dwang/ angststoornissen en psychoses, of een combinatie daarvan. Hierbij vertonen ze vaak ook gedragsproblematiek. Door de complexe problematieken hebben patiënten vaak geen inzicht op hun eigen leefomgeving, of zijn ze niet in staat zonder klinische opname dit probleem zelfstandig op te lossen. De patiënten worden op dit moment voor een jaar opgenomen op de DD kliniek, waar ze in een gemende groep intern samen leven op een afdeling.

⁴ Smeijsters.H (red.) & Gemmy Willemars, Julie Kil, Han Kurstjens, Jaap Welten en Pijke Dijkema, Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg Resultaten van praktijkgericht onderzoek. KenVaK / KenVaK Publishers, 2012, p. 13,16, 61, 62, 66, 76, 81, 90,124.

1.3 Setting cliëntencontact

De patiënten worden in eerste instantie opgenomen op de diagnostische afdeling. Naar aanleiding van een herziene of aangevulde diagnosestelling zullen de patiënten doorstromen naar de andere behandelafdelingen. Tijdens de diagnosestelling is men er op gericht om de patiënten te testen met het screeningsinstrument MOCA, waarin onder andere een cognitieve beperkingen kan worden aangetoond. Voor het doorstromen naar de behandelafdelingen wordt gekeken naar de draagkracht en reflectief vermogen van de patiënt.

1.4 Inbedding van het behandelprogramma in het totale zorgprogramma.

Patiënten verblijven gemiddeld een jaar op de dubbel diagnose kliniek. Toch zal er met betrekking tot de opnameduur een kanttekening moeten worden geplaatst. Een deel van de patiënten lukt het niet om het gehele jaar aanwezig te zijn en zullen vroegtijdig de DD kliniek verlaten waar verschillende redenen voor zijn. Zoals eerder aan gegeven in een actie gericht onderzoek op de DD kliniek is dat de patiënten de behandeling als te cognitief ervaren en deskundigen te veel gericht zijn op het verkrijgen van inzicht, wat de patiënten overvraagd.

Na de diagnostische periode zal de patiënt gaan deelnemen aan de verschillende behandelvormen en -modules. Er wordt gewerkt met wetenschappelijk beproefde methodes (evidence based), zoals cognitieve gedragstheorie, IDDT en motiverende gespreksvoering. Er zijn individuele gesprekken met de psychiater, psycholoog en systeemtherapeut. Daarnaast hebben patiënten groepsgerichte therapieën zoals beeldende therapie en PMT.

De modules zijn vormgegeven om meer in patiëntprofielen te gaan denken en te werken. Dit houdt in dat patiënten met dezelfde problematiek samengevoegd worden en aan een specifieke behandeling krijgen die aansluit bij hun doel en hulpvraag. De verschillende modules vanuit andere disciplines zijn onder andere: Liberman methode, psycho-educatie op het gebied van angst, stemmingsstoornis, ADHD, psychoses, persoonlijkheidsstoornis, aandachtstrainingen, G training: theoretische achtergrond de RET en cognitieve therapie.

Iedere patiënt heeft een persoonlijke begeleider die met zowel de patiënt als het behandelteam overlegt pleegt welk behandelplan er ingezet wordt. Hierbij wordt eveneens gekeken naar de belasting voor de patiënt. Op het moment dat de patiënt doorstromen naar een behandelafdelingen. Zal in samenspraak met het behandelteam, de patiënt en de persoonlijk begeleider, de patiënt aangemeld worden voor beeldende therapie.

2. Doelgroep

2.1 Afbakening van triple problematiek.

Triple-problematiek houdt in dat een patiënt:

- een licht verstandelijke beperking heeft;
- een afhankelijkheid van middelen zoals: alcohol, drugs, gokken of internet vertoont, of deze middelen misbruikt;
- en een psychiatrische aandoening heeft⁵.

2.2 Op welke doelgroep richt het behandelaanbod zich

In de DSM-IV-TR is de norm dat er bij een IQ tussen de 70 en 85 geen sprake is van een verstandelijke beperking, maar wordt gesproken over 'zwakbegaafdheid'⁶. Toch is het zo dat mensen met een zwakbegaafdheid met een IQ tussen de 70 en 85 over het algemeen het beste gedijen in een behandeling die afgestemd is op het LVB niveau, dan op een normaal begaafd niveau. "Samenvattend kan gesteld worden dat de problematiek bij LVB-ers divers en complex kan zijn. Binnen deze doelgroep is er drie tot vier keer vaker sprake van psychiatrische stoornissen. Patiënten met LVB lopen een groter risico op het ontwikkelen van psychiatrische(comorbiditeit), lichamelijke aandoeningen en/of maatschappelijke problemen⁷".

2.2.1 LVB en triple problematiek

Mensen met een verstandelijke beperking ervaren verschillende problemen in de ontwikkelingsdomeinen: intellectueel, adaptief en sociaal-emotioneel. Opvallend is dat patiënten regelmatig ook een disharmonisch profiel vertonen, doordat het sociaal-emotionele domein minder ontwikkeld is ten opzichte van de andere domeinen. De patiënt kan wel op een zelfstandige manier zijn taken uitvoeren, maar zal op het emotionele vlak niet altijd alles even goed aankunnen en heeft dan ook ondersteuning nodig. Bij verstandelijke beperking is er sprake van een chronisch karakter. De LVB kenmerken worden vanuit de drie ontwikkelingsdomeinen als volgt nader omschreven:

- het intellectuele ontwikkelingsgebied: De beperkingen in het intellectuele functioneren van mensen met LVB hebben gevolgen voor de cognitieve functies. De informatieverwerking verloopt minder gestructureerd en trager, het (werk)geheugen functioneert minder goed en er is sprake van een beperkte spanningsboog en verminderde snelheid in het denken. Het visueel ruimtelijk geheugen is vaak sterker ontwikkeld dan het verbaal korte termijn geheugen. Tevens hebben mensen met LVB moeite met generaliseren en is er sprake van een traag lerend vermogen, zodat herhalen bij het leren van belang is.
- het adaptieve ontwikkelingsgebied: Hierbij is sprake van beperkingen in het conceptuele vermogen, zelfredzaamheid en sociale vaardigheid. Het conceptuele

⁵ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 206

⁶ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 24

⁷ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 35

vermogen gaat over begrip van taal, het lezen en schrijven, het hebben van tijdsbesef en weten wat onder andere de waarde van geld is. Bij de zelfredzaamheid is er sprake van dat patiënten hun vaardigheden overschatten of onderschatten en moeite hebben met hulp vragen, omdat ze vaak een grote behoefte hebben aan autonomie en vaak irreële verwachtingen hebben van zichzelf en anderen. Of ze vertonen juist weinig vertrouwen in hun eigen kunnen en naar de omgeving, stellen zich afhankelijk op, hebben een negatief zelfbeeld⁸ en zijn daarbij faalangstig.

- het sociaal-emotioneel ontwikkelingsdomein: patiënten hebben vanuit de achtergrond van de verstandelijke beperking een gebrekkig perspectief op zichzelf en de omgeving, zodat ze moeilijker een inschatting kunnen maken wat er vanuit de omgeving verlangd wordt of wat ze zelf zouden willen. Ze hebben hierdoor verminderde contactuele vaardigheden en zijn minder weerbaar. Ook komen patiënten met een verstandelijke beperking vaker uit een buurt met een lage sociale economische status (SES), wat verslavingsgedrag in de hand werkt. Vanuit de jeugd heeft de patiënt vaak weinig of geen beschermende factoren ervaren, wat traumatisering, uitbuiting en negatieve beïnvloeding in de hand werkt. Ook hebben ze vaak moeilijke of destructieve contacten met hun eigen context of hebben die inmiddels verloren. Wat sociaal isolement in de hand werkt, waar ze zonder hulp niet meer uit kunnen komen en versterkt wordt door geen zicht te hebben op eigen aandeel in sociale situaties. In het verleden zijn ze vaak beschadigd door de omgeving en zijn ze wantrouwend geworden en hebben nog weinig zelfvertrouwen of passen ze zich heel sterk aan. Bij andere patiënten staat juist 'streetwise' gedrag op de voorgrond, wat ze tonen in zowel hun verbale uiting als houding en/of vertonen van risicovol gedrag⁹. Bij zowel de aangepaste als de streetwise patiënt is er sprake van onmachtgevoelens, ze weten niet hoe ze invloed kunnen uitoefenen op hun directe omgeving, hebben een laag/negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen of waardering en zijn faalangstig. Daarbij komt dat ze moeite hebben grenzen aan te geven aan hun omgeving en makkelijk beïnvloed kunnen worden en gevoelig zijn voor inclusie.

2.2.2 Psychiatrische stoornissen en triple problematiek

De voortkomende psychiatrische stoornissen kunnen liggen op de AS I als AS 2 van de DSM-IV-TR zoals : ASS (autisme spectrum), ADHD, angststoornissen en psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, depressie, angst en aanverwante stoornissen. Deze stoornissen vertonen een samenhang met, of zijn een gevolg van elkaar. Vaak komen de stoornissen van AS I voor in episoden, terwijl die van AS II een min of meer permanente achtergrond vormen. Patiënten laten de psychiatrische klachten vaak op een atypische manier zien omdat ze verminderende verbale vermogens hebben (Hurley, 2006). Daarbij komt dat de psychiatrische klachten van mensen met LVB eerder een gevolg zijn van het moeite hebben met zich aan te passen aan life events en nieuwe situaties. Ze zijn stress- en prikkelgevoeliger. Het is dus moeilijk te beoordelen waar een psychiatrische stoornis ophoudt en de verstandelijke beperking en/of de invloed van de verslaving begint. Beter kan men spreken van wederzijdse beïnvloeding.

Persoonlijkheidsstoornis (met name de borderline en antisociale) kan beter gezien worden

⁸ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 31

⁹ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 31

vanuit de ontwikkeling van de patiënt. Mensen ontwikkelen zich aan de hand van een langdurig opgebouwd patroon in samenspel met de omgeving, waarbij de ervaringen verinnerlijkt worden, wat zich uit in het denken, gevoel en gedrag. Door een verstandelijke beperking of stoornis ziet men vaak dat de ontwikkeling verstoord raakt, waardoor de patiënt hierin afwijkingen gaat vertonen. Deze afwijking in denken, gevoel en gedrag worden gerelateerd aan het referentiekader van iemands culturele achtergrond. Patiënten vertonen zo inadequate coping waarbij er sprake kan zijn van rigiditeit of chaotisch gedrag, waardoor de patiënt niet in staat is zijn eigen omgeving, te overzien of te structureren. De problematiek manifesteert zich vaak pas in de adolescentie en kan uitmonden in lijden of verslechtering van functies, gedragsproblematiek en belemmering in het dagelijks functioneren.

2.2.3 Gedragsproblematiek en triple problematiek

Hiervan is sprake als de gevolgen van het gedrag een bedreiging vormen voor de persoon zelf, als ook voor zijn omgeving. Echter moet er een nuance aangebracht worden, omdat gedragsproblemen niet altijd een gevolg zijn van een psychiatrische stoornis of anders om. Gedragsproblematiek kan worden opgesplitst in sociaal ongewenst gedrag en sociaal-emotionele problemen. Bij sociaal ongewenst gedrag spreekt men van antisociale problemen, 'anderen hebben last van het gedragsprobleem'¹⁰. Bij de sociaal-emotionele problemen heeft het individu zélf last van zijn problemen. De gedragsproblemen kunnen zich uiten door het vertonen van agressief gedrag, zichzelf verwaarlozen, zelfbeschadigend gedrag, sociaal isolement, impulsiviteit, middelengebruik, overlast veroorzaken etc. (Ten Wolde e.a., 2006).

2.2.4 Verslaving en triple problematiek

De verslavingsproblematiek heeft een intensifiërende werking op de verstandelijke beperking. Door de biologische kwetsbaarheid zijn mensen met LVB gevoeliger voor de effecten van psychoactieve middelen. Hierdoor is het moeilijker controle te houden over het gebruik en het gevolg daarvan. Verslavingsgedrag wordt tegenwoordig gezien als een hersenziekte, waarbij er sprake is van afhankelijkheid van middelen. Kenmerkend zijn 'craving en controle verlies'. Bij triple problematiek kan men constateren dat de verslaving zich ontwikkeld heeft tot een chronische ziekte in een vaak vergevorderd stadium. Het gebruik heeft zijn weerslag op het cognitieve functioneren en er kan bij langdurig gebruik schade aan de hersenen of het fysieke gestel ontstaan. Bij het gebruik is er sprake van een sociaal aspect. Patiënten met een LVB zijn gevoeliger voor inclusie en zijn makkelijker door de omgeving te beïnvloeden. Sommige patiënten gebruiken het om de verveling te verdrijven en/of het niet willen ervaren van negatieve gevoelens. Bij een psychiatrische stoornis kan de patiënt het middel als zelfmedicatie gebruiken om de symptomen van de stoornis te verminderen of tegen te gaan, zodat ze zich sociaal gezien makkelijker kunnen bewegen, ontspannen voelen en zo zekerder zijn. "Voor mensen met LVB lijkt het meedoen met gebruik van de ander doorslaggevend om het te gaan doen"¹¹. Dat maakt dat de functionaliteit van gebruik groot is bij triple problematiek. Het levert een direct voordeel op.

¹⁰ <http://www.edumax.nl/gedrag.html>

¹¹ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 61

Gevoelens worden zo onderdrukt en verdoofd. Concluderend kan men zeggen dat middelen gebruik bij mensen met LVB vaak een functie is om problemen te vergeten, verveling verdrijven, beter aansluiting met andere mensen te vinden, omdat ze er graag bij willen horen en het lastig vinden om hun gebruik te beperken.

2.3 Samenvatting triple problematiek

De kern van de triple problematiek ligt in het intellectuele-, het adaptieve- als ook in het sociaal-emotioneel ontwikkelingsdomein. Patiënten laten de psychiatrische klachten vaak op een atypische manier zien omdat ze verminderende verbale vermogens hebben; deze klachten zijn eerder een gevolg van het moeite hebben met zich aan te passen aan life events en nieuwe situaties. Patiënten zijn stressgevoeliger en prikkelgevoeliger en missen vaak een adequate coping om zich aan te passen in sociale situaties of veranderingen. De gedragsproblemen uit zich in agressief gedrag, zichzelf verwaarlozen, zelfbeschadigend gedrag, sociaal isolement, impulsiviteit, middelengebruik, overlast veroorzaken die nadelige gevolgen hebben voor zowel de patiënt zelf als zijn omgeving. Door de biologische kwetsbaarheid loopt het gebruik sneller uit de hand. Bij de functie van het gebruik is er sprake van een sociaal aspect. Patiënten zijn gevoeliger voor inclusie en makkelijker te beïnvloeden en willen er bij horen. Sommige patiënten gebruiken het om de verveling te verdrijven en/of het niet willen ervaren van negatieve gevoelens. Bij een psychiatrische stoornis kan de patiënt het middel als zelfmedicatie gebruiken om de symptomen van de stoornis te verminderen of tegen te gaan.

Aan de hand van de bovenstaande kenmerken kan gesteld worden dat de patiënten met triple problematiek vaker last hebben van een verstoord of negatief zelfbeeld, zichzelf onderschatten of overschatten, faalangstig zijn, weinig zelfvertrouwen, weinig autonomie hebben en gedragsproblematiek vertonen (streetwise houding of sterk aangepast zijn); Ze kunnen moeilijk hun eigen gevoelsleven of emoties benoemen of differentiëren; Ze zijn stressgevoelig en prikkelgevoelig en hanteren inadequate copingmechanismen, vertonen weinig probleembesef, zijn beïnvloedbaarheid en weinig weerbaar; hebben moeite met het aangeven van de eigen grenzen of anderen te begrenzen. Vaak zijn ze aan het begin van de behandeling nog niet in staat om stil te staan bij zichzelf. Dit is te bedreigend of beangstigend. Het verminderde of ontbrekende reflecterend vermogen, een traag lerend vermogen en het niet kunnen generaliseren spelen hierbij een rol.

Door de diversiteit en complexiteit van de symptomen van zowel de psychiatrische stoornis als ook van de verstandelijke beperking bij triple problematiek. Lopen ook de symptomen van de onderlinge patiënten sterk uiteen. Om de diversiteit in de symptomen te ondervangen is er in het beeldend behandelaanbod er voor gekozen om de indicaties en de doelen in de behandelfasen te relateren aan de vier kerngebieden: zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. Bij het beschrijven van de hulpvraag wordt hierop terug gekomen.

3. Hulpvraag

Bij het formuleren van een hulpvraag dient rekening gehouden te worden, met het gegeven dat patiënten door de verstandelijke beperking een verminderd of geen probleembesef hebben. Deze doelgroep is veelal zorgmijddend. Mede daardoor zal de hulpvraag vanuit de omgeving bepaalt worden. Die vindt dat de patiënt moet worden opgenomen, omdat zijn middelengebruik uit de hand loopt. Bij het formuleren van een hulpvraag zal er dus vaak een discrepantie zijn tussen hoe de patiënt het probleem ziet en de omgeving.

De behandeling zal er op gericht moeten zijn dat de patiënt gedurende de behandeling steeds meer besef zal ontwikkelen ten aanzien van zijn eigen problematiek en tot het stellen van een eigen hulpvraag zal komen. Er zal samen met de patiënt gezocht moeten worden naar waar hij knelpunten ervaart om zo bij de eigen doelen uit te kunnen komen.

Aan het begin van de behandeling kan een patiënt bijvoorbeeld in simpele bewoording de volgende hulpvraag kunnen gaan formuleren: hij wil zich minder verdrietig, bang of boos voelen, wat meer plezier of vrolijkheid ervaren, meer rust of ontspanning ervaren, weer aan het werk willen, contacten met zijn omgeving aangaan, zodat hij het gevoel heeft dat hij ergens bij hoort en onderdeel is van de maatschappij.

De patiënt zal zich steeds meer kunnen gaan identificeren met het beeldend werken en zal bewuster worden van zichzelf en beter in staat zijn om een eigen hulpvraag te formuleren. Uit zowel de eigen geformuleerde hulpvraag van de patiënt als ook de inzichten van de beeldend therapeut, zullen daaruit de persoonlijke doelen voortvloeien, die gerelateerd worden aan de vier kerngebieden. Dit geeft de beeldend therapeut een behandelkader om de verdere behandeling in te zetten.

4. Indicaties/contra-indicaties

De indicaties zijn gerelateerd aan de vier kerngebieden:

1. Zelfbeeld: patiënten hebben een gebrekkig perspectief, verstoord of laag zelfbeeld, geringe draagkracht of ik-sterkte, weinig zelfvertrouwen of zelfwaardering, onderschatten of overschatten zichzelf, hebben geen toekomstperspectief of weten niet wat eigen wensen of behoeften zijn.
2. Emotie: patiënten hebben moeite met differentiëren van emoties of hebben geen woorden voor het benoemen van gevoel, gedachten of gedrag, ze hebben moeite met de emotie en de impulsregulatie, zijn faalangstigheid of gespannen en hebben weinig autonomie. Ze kunnen sterk verbaliserend (overschreeuwen), chaotisch (sterk associatief zijn) of rigide gedrag vertonen.
3. Interactie: patiënten hebben een weerbaarheidsproblematiek (durven of kunnen geen grenzen aangeven), zijn beïnvloedbaar, (geen 'Nee' durven zeggen), hebben moeite met hulp te vragen¹², kunnen zich sociaal niet afstemmen in het contact, zijn prikkelgevoelig, stressgevoelig, vertonen rigiditeit in het handelen, kunnen perfectionistisch zijn, faalangstigheid vertonen, zichzelf diskwalificeren en geen probleembesef hebben (zowel betreft verslaving als andere levensgebieden).
4. Cognitie: patiënten hebben een verstoorde waarneming, moeite met concentreren, beperkte spanningsboog, moeite met ordenen en structureren van gedachten.

Contra-indicaties:

1. Als een patiënt geen affiniteit heeft met het beeldend werken, zodat de patiënt er niet zijn voordeel mee kan doen en niet tot activiteiten in het beeldend werk zal komen.
2. Als een patiënt een acute psychose heeft, er een direct gevaar is door suïcide of automutilatie, waarbij verdere behandeling onmogelijk is en het angstniveau te hoog komt te liggen om nog tot veranderingsprocessen te komen.
3. De patiënt staat onder invloed van middelen en kan hierdoor niet functioneren.
4. De patiënt kan zichzelf niet handhaven in een groep, wat zich uit in gevoel van onveiligheid of agressief gedrag.
5. Er is sprake van een te groot -verlies of onverwerkte rouw, waardoor een individuele behandeling beter zal aansluiten en er meer veiligheid geboden kan worden om de emoties te uiten.

¹² Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 65

5. Doelen

Hoofddoel:

De patiënt doet nieuwe ervaringen en belevingen op in het werken met het medium met als doel de competenties te vergroten, meer copingstrategieën te ontwikkelen en meer zicht te krijgen op eigen mogelijkheden en eigen kracht. Hierdoor zal het besef van eigen problematiek vergroot kunnen worden en zal de patiënt meer grip en regie gaan ervaren met betrekking tot zijn leven.

Subdoelen:

1. Zelfbeeld:

- Versterken van competenties en wilskracht.
- Versterken van zelfvertrouwen en/of zelfwaardering,
- Accepteren van bijkomende en blijvende problematiek.
- Vergroten van de draagkracht.
- Ontwikkelen van de Ik-sterkte.

2. Emotie:

- Beter leren differentiëren van de emoties.
- Beter leren structuren of hierbij hulp leren vragen.
- Meer grip krijgen op emotie en impulsregulatie.
- Beter leren loslaten van rigiditeit en/of hierbij hulp leren vragen.
- Meer ontspanning kunnen ervaren.
- Versterken van gevoel eigen autonomie.

3. Interactie:

- Beter met stress en prikkels uit de omgeving leren omgaan.
- De lat minder hoog leren leggen, of hoger?
- Zichzelf op waarde leren inschatten en minder zichzelf diskwalificeren.
- Weerbaarder worden, beter leren eigen grenzen aan geven en leren aanvoelen van de grenzen van een ander.
- Leren accepteren om hulp te aanvaarden en vragen¹³.

4. Cognitie:

- Concentratie leren verhogen en minder afgeleid zijn.
- Waarnemingsvermogen versterken.
- Beter leren ordenen en structureren van gedachten, gevoelens en gedrag.
- Ontdekken van negatieve cognities.
- Vergroten van probleem besef (zowel verslaving als andere levensgebieden) en meer besef krijgen van de risicofactoren van de verslaving.

¹³ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 65

6. Intake

Patiënten met een triple problematiek hebben vaak al een lange behandelgeschiedenis achter de rug hebben. Vaak kampt de patiënt met wantrouwen en heeft tijd nodig om te wennen aan de opname in de kliniek. Wat in het voordeel van de patiënten werkt is dat hij vaak al in de diagnostische periode kennis heeft gemaakt met de beeldende therapie en de therapeut.

Tijdens de intake kunnen de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- De werkruimte bezichtigen en informeren over wat beeldende therapie zal inhouden.
- Eventuele eerdere ervaringen van de patiënt met beeldende therapie in andere opnames of diagnostiek op de DD kliniek bespreken.
- Er kan gesproken worden over waar de affiniteit liggen met betrekking tot het beeldend werken
- Er kan geïnformeerd worden naar eigen visie betreffende de behandeling en de reden dat de patiënt denkt dat hij is opgenomen.

De therapeut legt uit op welke wijze de beeldende therapie wordt gegeven: welke tijden in de week, welke behandelphasen er zijn, wanneer er evaluatie momenten zijn en wie daarbij aanwezig zijn, welke regels er gehanteerd worden in de omgang met de ruimte en met elkaar. Gezien de kortere spanningsboog zal het gesprek niet te lang moeten duren.

Verder kan de therapeut vragen stellen die in de lijn liggen van oplossingsgericht werken:

- wat er al aan kleine veranderingen door de cliënt zelf bemerkt is sinds hij opgenomen is.
- wat de therapeut zelf al aan kleine verschillen in de houding van de patiënt heeft waargenomen in het gesprek.

7. Behandelvisie

7.1 Behandelvisie DD kliniek en Tactus

Algemene behandelvisie van Tactus en de DD kliniek:

Het gebruik van verslavende middelen is een zeer wijdverbreid verschijnsel in onze samenleving. Bij mensen die om verschillende redenen kwetsbaar zijn, leidt dit gebruik niet zelden tot verslavingsgedrag. Verslavingsgedrag wordt gekenmerkt door afhankelijkheid, 'craving' en controleverlies. Bij een deel van de mensen met verslavingsgedrag ontwikkelt zich een chronisch en vaak progressief verlopend verslavingsbeeld. Verslaving wordt gezien als syndroom, vergelijkbaar met andere psychiatrische ziektebeelden en te benaderen vanuit het bio-psycho-sociale model. Dit model verwijst niet alleen naar lichamelijke, psychische en sociale oorzaken maar ook naar de gevolgen ervan.

Behandeldoel van de dubbel diagnose:

De centrale uitdaging van de DD kliniek, als expertise centrum en als kliniek, is het doorbreken van patstellingen die ontstaan zijn door het gelijktijdig aanwezig zijn van de verslavings- en andere psychiatrische problemen bij patiënten. De verslavingsproblematiek is te sterk aanwezig voor een succesvolle behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis en de psychiatrische symptomen zijn te fors om een behandeling in een verslavingskliniek een kans van slagen te geven. In de DD kliniek komen de psychiatrische expertise en kennis van verslaving bij elkaar, zodat patiënten met beide problemen opgenomen kunnen worden. Tijdens de behandeling is men gericht op zowel de psychiatrische problematiek als op de verslaving, waarbij een periode van abstinentie een belangrijke bijdrage kan leveren aan het ontrafelen van de relatie tussen het gebruik en psychiatrische symptomen. Doel is tot een heldere diagnose te komen en tijdens de opname periode, in de behandeling tot een algehele verbetering van het functioneren van de patiënt te komen, waarna de behandeling elders voortgezet kan worden.

Binnen de DD Kliniek wordt gewerkt vanuit een cognitief theoretisch kader, de systeemtheorie, en motiverende gespreksvoering. Binnen de van IDDT (Integrated Dual Disorder Treatment) gaat men ervan uit dat er verschillende stadia zijn in de gedragsverandering, waarop specifieke interventies kunnen aansluiten. In de opstartfase van het beeldend behandelaanbod kan een patiënt werken aan de eerste drie stadia van het IDDT model: contact maken, overtuigen en motiveren. Vervolgens kan de patiënt overstappen naar een meer actieve behandeling en terugvalpreventie in de behandel fase en afsluitfase. Zowel aan het einde van de opstartfase als aan het einde van de behandel fasen zijn er evaluatiecriteria beschreven, die naast het IDDT model gelegd kunnen worden. Aan de hand van deze evaluatiecriteria en de voortgang zal de patiënt overgaan naar de volgende fase.

De inhoud van de behandeling kent de volgende uitgangspunten:

- Controle krijgen over verslavingsgedrag (zelfcontrole en terugval preventie)
- Sociaal maatschappelijk herstel (wonen, werken, vrije tijd, financiën, sociale contacten, justitie en scholing)
- Een behandeling voor comorbiditeit (as I en as II) en behandelen van aanwezige

partnerrelaties of systeemproblematiek.

- De behandeling is multimethodisch en multidisciplinair (module beschrijving klinische behandeling, 2004); er worden zowel groepstherapieën en groepstrainingen als individuele therapieën vanuit verschillende disciplines aangeboden.

Het proces van behandeling:

Het opbouwen van de therapeutische relatie en het bevorderen van het therapeutisch proces in de groep door middel van de volgende aspecten:

- Het proces van behandeling stimuleren door een langdurige behandeling in een vaste half open groep.
- Het begeleiden en waar nodig actief sturen van de ontwikkeling van de therapeutische groep of het groepsproces.
- Het opbouwen en vasthouden van de relatie tussen cliënt en discipline.
- Correctieve emotionele ervaringen (psychotherapie) zowel in de groep als in individueel contact wordt aangeboden.

7.2 Algemene huidige behandelvisie in ontwikkeling voor triple problematiek.

De meeste deskundigen uit de verschillende instellingen zijn het er over eens dat er een specifieke behandeling voor deze doelgroep nodig is en ze constateren dat de behandeling van deze problematiek nog in de kinderschoenen staat. Zoals eerder al aangegeven is er sprake van behandelingsverlegenheid omdat men tegen contra-indicaties aanloopt en deze doelgroep vaak niet past in de bestaande behandelingen. “Een laag IQ is vaak een contra-indicatie voor behandeling in de verslavingszorg, terwijl middelengebruik vaak een contra-indicatie vormt voor de behandeling, begeleiding en het wonen en werken in de verstandelijke gehandicapten zorg”(Clerkx & Trentelman, 2007 in Thijs et al, 2008)¹⁴. Hierdoor verloopt de samenwerking tussen de deskundigen vaak ad-hoc en belandt deze doelgroep vaak tussen wal en schip.

Inmiddels wordt de integratieve benadering (Došen, 2008) breed aangehangen binnen de zorg aan mensen met een (lichte) verstandelijke handicap. In de benadering stelt men dat psychiatrische problematiek bij (licht) verstandelijk gehandicapten het resultaat is van een complex samenspel van biologische, psychologische-, sociale- en ontwikkelingsfactoren. Waarbij men in de behandeling van deze doelgroep gericht zal moeten zijn op het verhogen van de kwaliteit van leven en niet op de symptomen van de stoornis (Došen, 2007; Došen, 2008).

De complexe achtergrond en chronische aspecten van de LVB problematiek van de doelgroep vraagt dat met de volgende zaken in de behandeling rekening gehouden wordt:

- een aangepaste benadering waarbij de ontwikkelingsdomeinen (cognitief, aanpassing, sociaal-emotionele) als uitgangspunt dienen. Vaak is er sprake van een disharmonisch profiel, zodat de patiënt op een van de gebieden meer ontwikkeld is dan op de andere

¹⁴ Fiselier, W, Triple problematiek binnen de Dubbeldiagnose Kliniek Deventer, Hoe kunnen we beter aansluiten?, onderzoeksverslag in kader van LGGV opleiding, september 2012, p.10 /11

- streetwise gedrag, terwijl ze op sociaal-emotioneel niveau lager functioneren zodat ze minder zelfredzaam zijn dan in eerste instantie zal worden ingeschat
- door het vertraagde lerend- en begrijpend vermogen duurt het langer en er is veel herhaling nodig om nieuwe gedrag te laten inslijten. Patiënten met een verstandelijke beperking zouden meerdere keren dezelfde cyclus kunnen doorlopen om nieuw geleerd gedrag te laten beklijven. Hierbij is het van belang dat er kleine stappen gezet worden die haalbaar en overzichtelijk zijn en in overeenstemming met de wensen van de patiënt.
- In de behandeling zal men zich moeten richten op herhalen, visualiseren, oefenen, positief bekrachtigen en er kunnen non-verbale methoden ingezet worden. Hierbij ligt het accent op (uitbouw van) de mogelijkheden van de cliënt. Patiënten kunnen slecht generaliseren, zodat wat ze aan nieuwe ervaringen op doen in therapie gebeurt, niet automatisch zullen koppelen aan hun dagelijkse leven. Ook zijn ze slecht situationeel gebonden, waardoor de nieuwe ervaringen los van elkaar blijven staan. Ze hebben hulp nodig bij het maken van deze transfer.
- Tevens hebben patiënten moeite met reflecteren, organiseren, plannen en beredenerend keuzes maken (executieve functies)¹⁵. Het handelen wordt eerder bepaald door behoeften, impulsen en externe invloeden in het Hier en Nu dan door het denken over de gevolgen.
- Ondanks het feit dat patiënten met LVB/zwakbegaafdheid meer kans lopen op een psychiatrische stoornis en reageren met gedragsproblematiek op life events, gebeurt het nog vaak dat ze te zwaar gediagnosticeerd worden, betreft de psychiatrische stoornis. Hierdoor komt het accent in de behandeling te liggen op het stabiliseren van de psychiatrische stoornis en sluit met niet aan bij de problematiek die vanuit de verstandelijke beperking komt. Dit werkt overvraging in de hand werkt, men sluit niet aan op het ontwikkelingsniveau van de patiënt en de behandeling schiet hiermee zijn doel voorbij.
- Ook kan door de late signalering de patiënt zo faalangstig of wantrouwend zijn geworden dat hij zich niet meer behandelbaar kan opstellen, zelfs zorgmijndend kan worden en niet gemotiveerd lijkt, terwijl er eerder sprake is van onmacht.
- Dit kan men ondervangen door bij iedere patiënt die binnenkomt een IQ-test af te nemen¹⁶. Met behulp van een 'differentiële diagnose'¹⁷ en herhaaldelijk diagnosticeren, kan men gaandeweg meer zicht krijgen of nu de verstandelijke beperking, de psychiatrische stoornis, of de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat, of dat er juist sprake is van een samenhang. "Symptomen van de ene stoornis kunnen de presentatie van symptomen van de andere stoornissen beïnvloeden, maskeren of nabootsen"¹⁸. Een heldere diagnose is dan ook pas mogelijk als de patiënt echt gestopt is met gebruik. Tot die tijd zou men gebruik kunnen maken van een 'differentiële diagnose'¹⁹.
- De omgeving van een patiënt is heel belangrijk en zal betrokken moeten worden bij de behandeling. Vaak is het zo dat als patiënten terug keren of overgaan naar een

¹⁵ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 26

¹⁶ W. Fiselier, Triple problematiek binnen de Dubbeldiagnose Kliniek Deventer, Hoe kunnen we beter aansluiten?, onderzoeksverslag in kader van LGGV opleiding, september 2012, p. 31.

¹⁷ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p 59, hst 6

¹⁸ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 208

¹⁹ J. van der nagel, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013, p. 208 / 213

andere omgeving, afdeling of naar huis, ze weer terugvallen. Er moet aandacht zijn voor hoe een patiënt deze overgang maakt.

7.3 Behandelvisie beeldende therapie

Het uitgangspunt van het beeldende behandelaanbod voor triple problematiek is gestoeld op het bieden van non-verbale interventies aan de hand van het werken in en met het medium. Doel is de patiënt te stimuleren om (weer) actief te worden, door hem succeservaringen te laten opdoen, positief te bekrachtigen en te ondersteunen in het zoeken naar oplossingen voor zijn eigen (probleem-)situatie in het beeldend proces. Het beeldende proces wordt op gang gebracht door de wijze van aanbieden, verkenning van materialen en de betekenis die de patiënt er aan geeft. Met als doel de patiënt de ruimte gaat ervaren om zijn emoties te uiten in het beeldend werken. De interventies van de therapeut zijn gericht om uiteindelijk de patiënt te helpen bij het maken van de transfer van de therapie naar het dagelijks leven, gericht op het vergroten van de competenties en het zelfvertrouwen zodat hij in de toekomst beter instaat is zijn eigen problemen op te lossen, te verminderen, te voorkomen of te accepteren.

7.4 Theoretisch kader/rationale: waarom het werkt.

Ten grondslag aan het beeldende behandelaanbod liggen de volgende theoretische kaders:

- A. Verslavingsproblematiek en de werking van de hersenen.
- B. Het oplossingsgericht werken
- C. Empowerment in beeldende therapie.
- D. Emerging Body Language.
- E. Het analoge procesmodel
- F. Verbondenheid van kerngebieden.
- G. De creatief proces theorie
- H. De ervaringsordening.
- I. Samenvatting en integratie van beeldende therapie methodieken en theorieën met betrekking tot triple problematiek.

A. Verslavingsproblematiek en de werking van de hersenen:

Uit onderzoek is gebleken dat er bij mensen met verslavingsproblematiek sprake is van ernstige verstoorde hersenpatronen (NIDA,2010b); door het middelengebruik vinden er wijzigingen plaats in een aantal hersenprocessen en hersenstructuren²⁰. “Recente inzichten betogen dat de psychiatrische cliënten door biologische kwetsbaarheid gevoeliger zijn dan anderen voor de effecten van psychoactieve middelen (Van der meer & Hendriks, 2003)²¹”.Dit geldt ook voor mensen met LVB (symposium en boek ‘iedereen gebruikt toch, 2012, GGZ Trimbos 2010). Door de verstoorde hersenpatronen reageert men direct op prikkels vanuit het limbische systeem en gaat de informatie om de neocortex heen. “Dit betekent dat ons denken of verstand geen invloed heeft op de processen die gestuurd worden²²”.Onderzoeken vanuit de psychologie, ontwikkelingspsychologie en

²⁰ Hakvoort.L, Dijkstra.I, muziektherapie en verslavingszorg, een neurobiologische benadering, tijdschrift voor vaktherapie, 2012-3, p.4, 5

²¹ Bergsma.T, van ontkenning via herkenning naar erkenning, tijdschrift voor vaktherapie 2012/1, jaargang 8, p. 4

²² Hakvoort.L, Dijkstra.I, muziektherapie en verslavingszorg, een neurobiologische benadering, tijdschrift voor vaktherapie, 2012-3, p.8

neuropsychologie tonen aan dat niet-cognitieve, non-verbale, patroonmatige processen in het limbische systeem, met amygdala en hippocampus, kernbewustzijn en vitality affects, verantwoordelijk zijn voor gevoel en gedrag (LeDoux, Stern, Damasio, Siegel, Schore, Dijksterhuis, e.a. zie ook Smeijsters, 2008a). Tevens wordt aangetoond dat gevoel en gedrag op basis van innerlijke processen analoog zijn aan de vormgevende processen in de kunsten, zodat deze theorieën een mede-eigen fundament leggen onder vaktherapie²³.

B. Oplossingsgericht werken:

Tijdens mijn vooronderzoek heb ik twee beeldende therapeuten benaderd die werken met patiënten met een verstandelijke beperking. Beiden geven aan dat het 'oplossingsgericht werken' ondersteunend kan werken bij beeldende therapie en dan met name bij het leren differentiëren van de categoriale emoties.

In meerdere onderzoeken wordt onderbouwd waarom het oplossingsgericht werken goed zou kunnen aansluiten op beeldende therapie en de doelgroep. Op het moment dat de patiënt er moeite mee heeft om zijn emoties te verwoorden, kan men gebruik maken van visualisaties om op deze wijze rekening te houden met de expert-rol van de cliënt (Roeden & Bannink, 2007; Roeden et al., 2009). In een ander onderzoek (Franklin et al. 2001) toont men aan dat bij schoolkinderen de gedragsproblematiek buiten het 'klinische bereik' daalde. Er is sprake van betere behandelresultaten, wat ook bevestigd wordt in een ander onderzoek (Macdonald, 2007), waarbij aangetoond wordt dat de oplossingsgerichte therapie beter werkt dan andere traditionele vormen van psychotherapie voor patiënten met een verstandelijke beperking en lage SES (sociale economische status).

Het oplossingsgerichte werken in beeldende therapie:

Het uitgangspunt in oplossingsgerichte beeldende therapie is dat de focus ligt op de gewenste situatie in de toekomst²⁴. Daarbij wordt de patiënt gestimuleerd om te vertellen over eerdere probleem situaties en hoe hij deze heeft opgelost, zodat hij zich bewust kan worden van hoe hij eerder situaties op een succesvolle wijze in zijn leven heeft aangepakt. In de oplossingsgerichte therapie is de patiënt de expert, die zelf bepaalt langs welke weg hij zijn doelen wil behalen. De rol van de beeldend therapeut is dat zij naast de patiënt staat en deze ondersteunt bij het ontwikkelen van de nodige vaardigheden. Om de patiënt te motiveren is het van belang dat de therapeut aansluiten bij zijn interesses en mogelijkheden (Ten Wolde, 2006).

In beeldende therapie kunnen zo de volgende uitgangspunten centraal komen te staan²⁵:

1. De patiënt kan een kenner worden van zijn eigen doelen en vaardigheden. Wat niet stuk is, moet je niet maken, maar versterken en positief bekrachtigen.
2. De eigen beleving en de betekenis die de patiënt daaraan geeft.
3. De patiënt laten ontdekken wat goed gaat of kan gaan. Succeservaringen stimuleren door de cliënt hiervan meer te laten doen, zodat de kans op vooruitgang vergroot wordt.
4. Op het moment dat iets niet goed gaat met de patiënt kijken naar wat er anders gedaan kan worden in het hier en nu.

²³ Smeijsters.H (red.) & Gemmy Willemars, Julie Kil, Han Kurstjens, Jaap Welten en Pijke Dijkema, Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg Resultaten van praktijkgericht onderzoek. KenVaK / KenVaK Publishers, 2012, p. 76

²⁴ Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, Pearson, 2012, p. 27

²⁵ Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, Pearson, 2012, p. 29,30,31.

5. Leren aanspreken van (eigen) hulpbronnen.

Ad 1: de patiënt is de kenner

Er wordt van uitgegaan dat de patiënt een kenner kan worden van zijn eigen mogelijkheden en doelen, waarbij hij als persoon reeds beschikt over benodigde vaardigheden om zijn doel te kunnen formuleren en uiteindelijk te bereiken. Op het moment dat de vaardigheden inadequaat zijn kan de therapeut helpen deze te ontwikkelen en is zij betrokken bij het zoeken naar een oplossing. Vanuit het oplossingsgericht werken sluiten de volgende interventies aan:

- Complimenteren: als een patiënt iets zelfstandig heeft opgelost. Dit zorgt voor een betere samenwerking.
- Bekrachtigen: als iets goed gaat, doe er dan meer van! Bekrachtigen door aandacht te besteden aan gewenst gedrag en de patiënt laten vertellen over de gewenste situatie, door positieve karakterduidingen te geven en competentievragen te stellen²⁶.

Ad 2: eigen beleving

Hierbij kan er soms sprake zijn van weerstand (of juist te sterke aanpassing), wat vanuit oplossingsgericht werken gezien wordt als nuttige informatie en uitnodiging tot wederzijdse afstemming. Zeker als de patiënt weerstand vertoont is het nuttig om te vragen wat hij wil. Hierdoor kan samen met de patiënt gezocht worden naar een gemeenschappelijk doel, door bijvoorbeeld van het probleem een gezamenlijk probleem te maken. Hierbij zal de therapeut in het referentie kader van de patiënt moeten blijven. Vanuit oplossingsgericht werken sluiten de volgende interventies aan:

- Externaliseren van het probleem: geeft de patiënt de kans om zichzelf los te zien van zijn probleem. Samen met de beeldend therapeut wordt de competitie verlegd naar een gezamenlijke vijand: 'het probleem'. Bijvoorbeeld: bij een patiënt die slaapproblemen heeft, kun je het probleem een dromendief noemen.
- Relatievragen: vragen aan de patiënt over hoe een belangrijke ander in het leven hem ziet. Dit soort vragen nodigt de patiënt uit om naar zichzelf te kijken door de ogen van een ander en geeft de therapeut inzicht in wie voor de patiënt belangrijke personen zijn²⁷.
- Valideren: sommige patiënten mogen bepaalde gevoelens niet hebben, zoals boosheid of jaloezie. Door als therapeut aan te geven dat het normaal is om negatieve gevoelens of gedachten te hebben over zichzelf of de ander, kan de lijdensdruk afnemen. De therapeut kan de patiënt leren een onderscheid te maken tussen iets negatief voelen of denken en iets negatiefs doen.

Ad 3: ontdekken wat goed gaat

Mensen veranderen continu in hun gedrag, ze kunnen somber worden en zich weer herstellen, gebruiken middelen en stoppen er weer mee. De therapeut stelt vragen aan de patiënt, waardoor hij kleine veranderingen kan gaan opmerken, wat een sneeuwbal effect kan hebben. Kleine veranderingen zitten in uitzonderingen (wat is nu anders ten opzichte van de vorige keer, of wanneer is het probleem niet aanwezig?) en in verborgen successen die vaak al aanwezig zijn. Vanuit de oplossingsgericht werken sluiten de volgende

²⁶ Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, Pearson, 2012, p. 86

²⁷ Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, Pearson, 2012, p. 87

interventies aan:

- Uitzonderingsvragen: voor het vinden van uitzonderingen, die soms al subtiel aanwezig zijn. Kan de therapeut de patiënt stimuleren om na te denken over wat er veranderd is: 'wanneer is het probleem er minder (ook al is het maar een klein beetje) of niet? Wat is er anders dan? Wat doe je anders dan?'²⁸. Hiermee gaat de therapeut met de patiënt op zoek naar wanneer het probleem er niet is en helpt hem door erop te wijzen dat het probleem er niet altijd is. Klachten reduceren door de uitzonderingen en kleine successen te zien.
- Schaalvragen: vooraf en na afloop kan de therapeut de schaalvragen gebruiken, waarmee ze op een visuele manier de patiënt zijn positie op een 10-punts schaal laat aangeven, waarbij bijvoorbeeld 0 geen spanning betekent en 10 zeer grote spanning aangeeft. Verschillen tussen scores vooraf en na afloop zijn een goed uitgangspunt zijn om te vragen wat er veranderd is tijdens een sessie en waardoor. Tevens kan de aanvullende vraag gesteld worden hoe het voor de patiënt zou zijn als het cijfer lager zou worden en wat er dan veranderd zou zijn. Voor patiënten voor wie dit te abstract is kan de therapeut kiezen om aan de hand van iconen en pictogrammen te werken.

Ad 4: oplossingen zoeken.

Problemen worden eerder gezien als niet-succesvolle pogingen om moeilijkheden op te lossen. Hierdoor kan de therapeut in de beeldende therapie de eerdere niet-succesvolle pogingen vermijden, er wordt vooral gekeken naar wat wel werkte. Vanuit de oplossingsgericht werken sluiten de volgende interventies aan:

- Sturende vragen: bij deze vraagstelling zal de therapeut veelal sturend zijn, omdat veel patiënten moeite hebben met het vinden van de juiste woorden voor situaties, gevoelens en emoties. Er kunnen dan keuzevragen gesteld worden zoals: is het dit of dit, als je het moet beschrijven, lijkt het meer hier of daar op? Tevens kan er gevraagd worden of het meer een ja of een nee (-gevoel) is. En aansluitend hoe het dan meer een ja (-gevoel) zou kunnen worden.
- Competentievragen: beginnen meestal met 'hoe'. De therapeut nodigt de patiënt uit om te vertellen hoe hij tot iets gekomen is; deze kan zichzelf een compliment geven omdat hij het succesverhaal nogmaals vertelt. "Complimenten in een gesprek onderstrepen wat de cliënt al aan het doen is om zijn doel te bereiken en zijn positieve bekrachtigers van gewenst gedrag"²⁹.

Ad 5: Hulpbronnen:

De therapeut heeft een niet-pathologische kijk op de cliënt. Moeilijkheden horen bij het leven, waarbij mensen over het algemeen steun vinden bij anderen in hun omgeving. Voor patiënten met triple problematiek zal dat niet anders werken. Vaak vinden patiënten het moeilijk om vertrouwen in hun omgeving te hebben. Het leren vragen of accepteren van hulp zal een belangrijk punt zijn in de therapie. Het vraagt van therapeut en begeleiders te fungeren als hulpbronnen voor de patiënt en samen te werken aan een doel (waarvan de cliënt het voordeel ziet). Het vraagt van de therapeut een 'houding van het niet weten'³⁰ om geïnteresseerde vragen stellen in plaats van vertellen wat de cliënt moet doen, oordelen wat fout wat er is fout gegaan en hoe deze fouten te corrigeren zijn. (Berg & Dolan, 2002).

²⁸ Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, pearson, 2012, p. 109

²⁹ Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, pearson, 2012, p. 52

³⁰ Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, pearson, 2012, p.29,30,31, 32,33, 34

Oplossingsgericht werken heeft raakvlakken met onder andere sociaal constructivisme, cognitieve gedragstherapie en met beeldende therapie en dan met name het begrip 'empowerment'³¹. In het sociaal constructivisme laat de therapeut zich informeren door de patiënt, die de mogelijkheid in zich heeft kenner te worden van zichzelf. Betekenissen en opvattingen van de patiënt worden vormgegeven en veranderd in de omgang van anderen. Veranderingen vinden pas plaats als de patiënt bereid is om anders naar zijn situatie te gaan kijken en daarmee aan de slag wil gaan. Oplossingsgericht werken wordt gezien als een vorm van cognitieve therapie en als twee zijden van de dezelfde gedragstherapeutische medaille (Bannink, 2009a; Bannink, 2010c). Ze maken beiden gebruik van leerprincipes, met dien verstande dat men bij oplossingsgericht werken uitgaat van de analyses van uitzonderingen en kijkt naar momenten waarop gewenst gedrag al voorkomt, wat vervolgens positief bekrachtigd wordt.

C. Empowerment in beeldende therapie:

Empowerment kan plaatsvinden in beeldende therapie doordat het accent gelegd wordt op empowerment van de kwaliteiten van het leven. Volgens Hutschemaekers (2008) werken creatief therapeuten op een non-verbale en indirecte manier aan empowerment door de cliënt kracht te laten ervaren om de problemen in het beeldend proces zelf op te laten lossen. Het geeft de patiënten meer zelfcontrole, maakt ze zelfredzamer en tot regisseur van de eigen behandeling. De therapeut heeft de rol als 'outsider', doordat ze een andere plaats inneemt in de totale behandeling en spel en creativiteit inzet. Hierdoor onderscheidt creatieve therapie zich ten opzichte van andere therapieën. Creatieve therapie werkt in op de interne werkmodellen (kernzelf) die samenhangen met affectregulatie. Het gaat hierbij niet om het plegen van specifieke interventies die een positief effect hebben op een specifiek probleem van de patiënt. Het gaat over samenwerken met de patiënt zodat hij bij zichzelf bronnen (resources) kan aanboren en een gevoel van actor-schap (eigen regie) kan verwerven. Hierdoor kunnen de interne werkmodellen van de patiënt veranderen, zodat de mentale veerkracht en competenties versterkt worden en de eigen empowerment gevoeld wordt³². Op deze wijze wordt de patiënt probleemeigenaar en kan hij de situatie herinterpreteren, het probleem wordt verkleind en de sterke kanten worden uitvergroot, waarmee het zelfvertrouwen en zicht op eigen mogelijkheden wordt geactiveerd. Volgens Smeijsters zit de krachtige werking van creatieve therapie in het feit dat de patiënt al spelend en handelend in het medium nieuwe ervaringen kan opdoen die inwerken op de vitality affects van het kernzelf waardoor de patiënt in het medium in zijn buik voelt hoe hij is, wat er gebeurt en hoe hij dit kan veranderen. In het analoge procesmodel wordt er terug gekomen op de werking van het kernzelf, de vitality affects en empowerment.

D. Emerging Body Language

In de Emerging Body Language (EBL),³³ ontwikkeld door Rutten-Saris (1990), wordt empowerment bereikt door het verkrijgen van succeservaringen in beeldende therapie aan de hand van materiaal wat de beeldend therapeut aanbiedt aan de persoonsgebonden situatie van een patiënt. De therapeut beweegt mee en is sterk gericht op het verkrijgen van succeservaringen, of roept eventuele eerdere succeservaringen op in het beeldend werken

³¹ Smeijsters, H. Handboek Creatieve therapie, Coutinho, Bussum, 2008. P.51, 111, 176, 341

³² Smeijsters, H. (red.) & Gemmy Willemars, Julie Kil, Han Kurstjens, Jaap Welten en Pijke Dijkema, Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg Resultaten van praktijkgericht onderzoek. KenVaK / KenVaK Publishers, 2012, p. 62, 66

³³ Smeijsters, H. (red.) & Gemmy Willemars, Julie Kil, Han Kurstjens, Jaap Welten en Pijke Dijkema, Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg Resultaten van praktijkgericht onderzoek. KenVaK / KenVaK Publishers, 2012, p. 90

en laat de patiënt deze opnieuw doorleven aan de hand van het medium. Doordat de therapeut mee beweegt kan ze aanvoelen hoe de beweging wordt gemaakt wordt door de patiënt, hoe er vorm wordt gegeven aan het materiaal. Door in de interactie elkaar te spiegelen, wordt contact ervaren tussen de patiënt en de beeldend therapeut (Rutten-Saris, 1990). Door mee te gaan in de beweging en beleving van de patiënt, zal de therapeut tot een beter begrip van het vormgeven van de patiënt komen. Belangrijk is dat de verschillende eigenschappen van het materiaal aansluiten bij de patiënt. Zo kunnen klei en zachte materialen aansluiten bij de sensomotorische behoefte van de patiënt, of kunnen er materialen worden aangeboden waarin de opbouw van het beeldend werk meer aanwezig blijft, zoals tekenen of schilderen, waardoor de sporen van de beweging zichtbaar worden. De EBL behandeling kan het beste getypeerd worden als ‘meebewogen structurerend meebewegend’³⁴. De therapeut voelt in de beweging de vitality affects die aan de vormgeving ten grondslag liggen.

E. Analoge procesmodel:

In neuropsychologische onderzoeken (LeDoux, 1998; Damasio, 2003)³⁵ wordt aangetoond dat in de cognitieve benadering de emoties over het hoofd worden gezien, waardoor emoties en gevoelens los lijken te staan van de cognities, terwijl men eerder van een wederzijdse beïnvloeding kan spreken. “Uit psychologisch onderzoek blijkt het ‘onbewuste weten’ bij het oplossen van problemen een belangrijke rol te spelen (Dijksterhuis, 2007)³⁶. Gedrag ontstaat zonder directe tussenkomst van gedachten en beslissingen, maar vooral door het ‘onbewuste weten’. Het ‘onbewuste weten’ of het kernzelf wordt door de fysieke beleving in het medium van beeldende therapie aangesproken.

Op de achtergrond van het kernzelf zijn de vitality affects aanwezig. In het beeldend werken worden de vitality affects zichtbaar in de patronen die kenmerkend zijn voor je innerlijke gevoelsleven. “Er zijn heel veel patronen denkbaar: elk probleem, stoornis, maar ook elke positieve beleving heeft een patroon³⁷” Door beeldend te werken kan de patiënt zijn eigen patronen ontdekken en door deze te verinnerlijken kan de patiënt veranderen. Doordat het medium een appèl doet op de patiënt (anders) te gaan handelen, is hij in staat de patronen te ontdekken of te doorbreken. Dit proces speelt zich af in een niet-rationele laag van de psyche, waarbij het denken niet op de voorgrond staat. “Het kunstzinnige medium met al zijn mogelijkheden is in staat je tot anders handelen te verleiden³⁸”. Het doet bij uitstek een appèl op intuïtief handelen in het moment van hier en nu (present moment). De patiënt maakt al handelend onbewuste keuzes in het medium, door bepaalde bewegingen harder of zachter neer te zetten, vormen of kleuren wel of niet te gebruiken. Hiermee spreekt hij zijn eigen vitality affects aan in het werken in het medium en maakt ze zichtbaar in het beeldend werk aan de hand van parameters als tempo, ritme, intensiteit, groeperingsvorm, beweging en aantal.

Door in het medium in het present moment handelend bezig te zijn krijgen cognitieve schema’s geen kans; de patiënt kan zich, mits hij zich veilig voelt, overgeven aan het moment van hier en nu (present moment) en in een flow raken. Door op een spelende

³⁴ Schweizer.C, handboek beeldende therapie, Uit de verf, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, p. 273.

³⁵ Smeijsters.H (red.) & Gemmy Willemars, Julie Kil, Han Kurstjens, Jaap Welten en Pijke Dijkema, Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg Resultaten van praktijkgericht onderzoek. KenVaK / KenVaK Publishers, 2012, p. 61

³⁶ Smeijsters.H (red.) & Gemmy Willemars, Julie Kil, Han Kurstjens, Jaap Welten en Pijke Dijkema, Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg Resultaten van praktijkgericht onderzoek. KenVaK / KenVaK Publishers, 2012, p. 61

³⁷ Smeijsters. H, De kunsten van het leven, Veen Magazines, Diemen, 2008. P.212

³⁸ Smeijsters. H, De kunsten van het leven, Veen Magazines, Diemen, 2008. P.212

manier bezig te zijn in het present moment met materialen en vormen, deze op zich in laten werken, zich mee te laten voeren, kan hij hierin ontdekken wie hij is of hoe hij anders kan zijn, kan hij zichzelf herontdekken of herkennen. Hierbij is het van belang dat de patiënt zelf de betekenis en de eigen psychologische waarde geeft aan het beeldend proces en het beeldend werk. “Het zijn de processen in het medium die meevoeren naar een andere kunstzinnige werkelijkheid en daarmee een ander kernzelf verinnerlijken³⁹”. Hierdoor kunnen de verankerde patronen (te vergelijken met interne werkmodellen en het impliciete weten), die ten grondslag liggen aan iemands persoonlijkheid herzien en veranderd worden. De patiënt kan op een indirecte wijze zichzelf in het hier en nu veranderen, invloed uitoefenen, eigen patronen herkennen of beslissingen leren nemen. “Deze verschuivingen leiden, zonder dat verbale en cognitieve doorwerking nodig is, tot nieuwe impliciete patronen (interne werkmodellen) die door het verschijnsel neuroplasticiteit nieuwe neurale verbindingen tot gevolg hebben (Van der Meulen e.a., 2008)⁴⁰”.

F. Verbondenheid van kerngebieden:

Vaktherapie richt zich op de kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. Deze vier kerngebieden zullen in de beeldende sessies niet los en onafhankelijk van elkaar behandeld worden, maar ze hebben wel ieder een eigen uitgangspunt van waaruit men naar patiënt kan kijken. Vaktherapeutische interventies richten zich in zijn algemeenheid op oplossingen of proberen de problemen te verminderen op deze kerngebieden en de beschermende (protectieve) factoren te versterken. In het cyclisch-systemisch kader van Deklerck (2004) wordt de verbinding tussen de kerngebieden verduidelijkt. Er wordt vanuit dit model een nauwe samenhang aangetoond tussen de onderlinge kerngebieden en de werking van vaktherapie. Door de samenhang in het model wordt aangetoond dat, als er een of meerdere lijnen ontbreken in het model, dit effect heeft op de hele persoon en zijn omgeving. Als een beeldende behandeling gericht is op één van de kerngebieden, met name zelfbeeld en emotie, zal dit effect hebben op het hele ‘Zelf’ van de persoon. Juist bij de doelgroep met een achtergrond waarbij verbale interventies niet beklijven, kunnen de non-verbale interventies van het werken in het medium (analoge proces model) aansluiten op het kerngebied van emotie en zelfbeeld, wat een na-ijling effect heeft op de andere kerngebieden. Dit ondersteunt de gedragsverandering.

G. Creatief proces theorie:

Een creatief proces verloopt van een diffuus, primitief, op directe behoeften bevrediging gericht niveau via een emotionele betrokkenheid naar een niveau van betrokkenheid bij zin- en vormgevingsaspecten⁴¹. Hierbij worden in beeldende therapie materialen ingezet die een bepaald appèl doen op de patiënt, die aantrekkelijk voor hem zijn en hem een bepaalde persoonsgebonden beleving geven. De patiënt komt in beweging, doet nieuwe ervaringen op of kan zichzelf gaan herkennen. Hierbij spelen tevens de afstand en nabijheid tot de activiteit een rol. Te veel afstand betekent dat de uitingvorm de cliënt niets zegt en hij niet zijn gevoelens en behoeften erin kwijt kan. Bij een te grote nabijheid kan de cliënt te veel opgaan in een uitingvorm, zodat de speelse of mooie vorm teveel een realiteitswaarde krijgt. Van belang is om een evenwicht te krijgen tussen inhoud en de vorm en onze persoonlijke betrokkenheid aan de hand van het beeldend werken. Als in de beeldende therapie een goede balans is gevonden tussen de afstand en nabijheid, ontstaat er een

³⁹ Smeijsters. H, De kunsten van het leven, Veen Magazines, Diemen, 2008. P.214

⁴⁰ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 19

⁴¹ Grabeau.E, Visser.H, creatieve therapie, spelen met de mogelijkheden, Bohn Staleu van Loghum, Houten/zaventem, 1987, p. 83

esthetische illusie, die de patiënt de ruimte geeft om op een veilige manier nieuwe ervaringen op te doen en hiermee vervolgens te gaan experimenteren. Hierbij kan de patiënt beter bepalen wat hij nodig heeft om het plan of idee uit te voeren en openstaan om nieuwe ideeën te integreren. Zin- en vormgeving ontstaan als we getroffen worden of geïnspireerd raken, overgaan tot handelen, doen, een weg gaan bewandelen tot er een helder omschreven betekenis of vorm ontstaat.

H. Ervaringsordening:

In het creatief proces krijgt de patiënt de gelegenheid zichzelf uit te drukken en zijn eigenheid te laten zien en langzamerhand te gaan ontdekken wie hij is, zodat de patiënt ontdekt dat hij een eigen inbreng mag hebben die telt. Vanuit de ervaringsordening zijn er vier ordeningen te onderscheiden:

- Lichaamsgebonden ervaringsordening;
- Associatieve ervaringsordening;
- Structurerende ervaringsordening;
- Vormgevende ervaringsordening.

Waaruit men zich als mens ontwikkelt en altijd in meer of mindere mate aanwezig zijn en die gedurende het leven op de achtergrond aanwezig zijn. Wel is er sprake van een hiërarchie zodat ze elkaar kunnen opvolgen en elkaar beïnvloeden. Ze draaien als een soort kringen om het 'zelf' heen. De lichaamsgebonden ervaringsordening staat het dichtste bij het zelf, waarna de anderen volgen en als laatste de vormgevende ervaringsordening weer terugkeert bij het 'Zelf'⁴². Er is sprake van een 'cyclische hiërarchie'⁴³, die het gevolg is van de interne dynamica van het systeem. De ordening van de ervaringen vinden plaats op grond van de informatie uit de omgeving die een patiënt krijgt, waardoor de patiënt zijn zelf opbouwt. Vanwege de ontwikkelingsstoornis verloopt dit proces moeizaam en zal de ervaringsopbouw van de patiënt op een van de ervaringsordeningen kunnen stagneren. Deze ordening komt dan op de voorgrond te staan, waardoor de andere ervaringsordeningen naar de achtergrond verdwijnen. In beeldende therapie is het van belang om te kijken hoe de patiënt omgaat met zijn ervaringen en in welke ervaringsordening hij zich begeeft, om hierop interventies te doen. Zo kun je:

- bij een patiënt, waar de lichaamsgebonden ervaringsordening op de voorgrond staat, de sensomotoriek aanspreken om een verbinding te maken met de associatieve ervaringsordening.
- bij een op de voorgrond staande associatieve ervaringsordening de patiënt structuur bieden aan de hand van het leren opbouwen van het beeldend werk.
- bij de structurerende ervaringsordening de patiënt helpen de betekenis, die de patiënt er zelf aan geeft, te leren plaatsen in het groter geheel en bij de transfer te maken naar het dagelijkse leven.
- bij de vormgevende ervaringsordening de patiënt te laten ontdekken dat hij zijn eigen leven kan vormgeven en hierop invloed kan uitoefenen, zodat de patiënt bij zichzelf kan uitkomen en het gevoel van eigen regie over zijn leven kan ervaren.

Bij al deze interventies is de wijze waarop de patiënt zelf de ervaringen integreert het uitgangspunt, waardoor de interventie iedere keer moet zijn afgestemd op de patiënt en zijn mogelijkheden. Er zullen patiënten zijn die uiteindelijk meer besef van eigenheid kunnen

⁴² Huigens.T, Ervaringsordening, mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap, Elsevier gezondheidszorg, Maarsen, 2005, p. 93.

⁴³ Huigens.T, Ervaringsordening, mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap, Elsevier gezondheidszorg, Maarsen, 2005, p. 92.

verwerven, maar er zullen ook patiënten zijn die betreft het structureren van de ervaringen in hun leven ten alle tijden afhankelijk zullen blijven van hun omgeving.

I. Samenvatting en integratie van beeldende therapie methodieken en theorieën met betrekking tot triple problematiek:

Er wordt gewerkt vanuit concrete hier en nu situaties. De wijze waarop mensen met een verstandelijke handicap leren, waaronder ook triple problematiek, is voor het grootste deel gebaseerd op ervaren en nadoen van handelingen. De beeldend therapeut kan materialen inzetten die door de appèlwaarde de gevoelsbeleving aanspreken. Mensen met een verstandelijke beperking hebben er vaak moeite mee om hun emoties en gevoelens onder woorden te brengen of hebben hiervoor zelfs geen woorden. Het creatieve proces biedt de gelegenheid om op een non-verbale en fysieke manier zich te uiten en actief te worden en vorm te geven aan de gevoelsmatige innerlijke beleving. Waardoor er eigenheid gevoeld kan worden en de patiënt de gelegenheid krijgen zich te gaan identificeren met het beeldend werk. Tevens biedt beeldende therapie structuur, zowel vanuit de therapeut als vanuit het materiaal. Daardoor kan de patiënt veiligheid en continuïteit ervaren en zo de ruimte krijgen om te experimenteren met ander gedrag. Hij kan zichzelf leren structureren, waarmee de gevoelsmatige innerlijke beleving kan worden beïnvloed. Daarbij komt dat creatieve vaardigheden uiting geven aan de mogelijkheden van de patiënt en hij succeservaringen kan opdoen aan de hand van het beeldend werken en zo kan ervaren dat het ook anders kan. Vooral als dit overeenkomst met de gevoelsbeleving van de patiënt en deze op een directe wijze zijn eigen regie kan ervaren (empowerment). Kan de patiënt een verbinding maken tussen zijn woorden-loze gevoelsleven (kernzelf, impliciete weten) en dit naar de buitenwereld transporteren. Van belang is dat er een goede balans is tussen de afstand en de nabijheid, zodat de patiënt de esthetische illusie kan ervaren. Als hij niet overspoeld wordt of geen betrokkenheid ervaart, zal hij in staat zijn om een eigen betekenis te geven aan zowel het beeldend werk als zijn proces. Hiermee geeft de patiënt zichzelf ook een eigenwaarde en kan hij meer besef krijgen van de eigen gevoel, gedachten en gedragspatronen en de eigen reactiepatronen met betrekking tot de buitenwereld leren (h)erkennen, zodat de patiënt zijn eigen levensverhaal kan vertellen en dit kan leren beschrijven.

8. Uitvoering van de beeldende therapie

Voorafgaand aan de beschrijving van de behandelfase wordt eerst het kader beschreven waaruit de beeldende therapie bestaat.

8.1 Tijdsduur van de sessie, de frequentie en de duur van de behandeling

Beeldende therapiesessies zullen aan de hand van vaste tijdsindelingen plaats vinden: begin, opdracht uitvoeren, nabespreking, met een totale duur van 1 uur en 15 minuten. De beeldende therapie sessies worden twee keer per week gehouden. Het behandelaanbod beeldende therapie zal een looptijd hebben van totaal 9 maanden, waarbij er van uit wordt gegaan dat de opstartfase doorgaans ongeveer 6-8 weken is, waarna geëvalueerd wordt. In samenspraak met de patiënt wordt besloten of hij er al aan toe is om verder te gaan naar de behandelfase of dat hij nog wat langer in de opstartfase zal blijven zitten. De behandelfase zal ongeveer 5 maanden duren, waarin de patiënt zal werken aan de eigen geformuleerde werkdoelen. Elke vier weken vinden er met de patiënt, het behandelteam en persoonlijk begeleider evaluaties plaats, waarin de voortgang besproken wordt. In de afsluitfase ligt het accent op hoe een patiënt terug kijkt op de behandeling en op welke wijze hij voor zichzelf de overgang wil gaan maken naar een andere afdeling, naar begeleid wonen of naar huis.

8.2 Groeps- of individuele therapie

De beeldende therapie is een groepsgericht aanbod voor zowel mannen en als vrouwen. Er wordt individueel gewerkt in de groep en nemen er minimaal vier personen en maximaal 6 personen aan deel. Omdat patiënten in verschillende fasen kunnen zitten, kunnen zij in eigen tempo werken en met het eigen creatief proces bezig kunnen zijn. De patiënten voelen zich veilig omdat ze met lotgenoten in eenzelfde groep zitten. Instroming in nieuwe patiënten zal plaatsvinden op bepaalde momenten. Wat van belang is om het gevoel van veiligheid te waarborgen in de groep.

8.3 Randvoorwaarden

- Besloten therapieruimte met voldoende werkruimte per patiënt;
- Benodigd materiaal;
- Spoelbak;
- Opbergmogelijkheid voor de werkstukken;
- Presentatie mogelijkheid om de beeldende werkstukken te kunnen presenteren op de afdelingen.

8.4 Therapeutische attitude

De beeldend therapeut zal zich op de volgende wijze afstemmen op de doelgroep:

- Directief (richtinggevend en structurerend), steunend, geruststellend en motiverend zijn.
- De houding van niet weten: door het stellen van open vragen die zoveel mogelijk beginnen met: hoe, wat, waar en wanneer? Er voor zorg dragen dat de controle en de verantwoordelijkheid bij de patiënt komen te liggen.
- Emotioneel beschikbaar zijn: de therapeut reageert met een sensitieve responsiviteit (aanvoelen en aangepast reageren) en biedt een aangepaste structuur. Dit bevordert de veiligheid, maar betekent ook dat er grenzen gesteld worden wanneer dat nodig is.
- Actieve houding: waarbij enthousiasme en duidelijkheid worden geboden en de verwachtingen helder zijn, zodat er minder ruimte is om te vermijden en/of het moeilijker wordt om de thematiek in het beeldend werken uit de weg te gaan.⁴⁴
- Relativeren: Humor, goed gekozen en getimed, wat soms de spanning kan doorbreken en vervolgens een andere wending geven kan aan het gerezen verwachtingspatroon.

Kenmerkend voor de doelgroep is dat ze makkelijk overvraagd kunnen worden. In de therapie moet de therapeut in staat zijn een holistische zienswijze te hanteren, waarin de gehele patiënt gezien wordt: de gevoelens, gedachten en gedrag, behoeften, mogelijkheden, draagkracht en draaglast (ook vanuit de omgeving), de veranderingsbereidheid of motivatie van de patiënt. Bij patiënten met triple problematiek is er door de weinige draagkracht vaak sprake van directe stress, die ze ervaren door problemen uit de omgeving, die de patiënt kan overspoelen. Dit vraagt eveneens een geruststellende houding van de therapeut.

In de werkwijze van de beeldende therapie zal de therapeut voornamelijk steunend /supportief zijn, waarbij de therapeut voornamelijk gericht is op stabilisatie, het beperken van gevolgen van een stoornis of het op gang brengen van een gestagneerde ontwikkeling. Bij steunende werkwijzen is de beeldend therapeut duidelijk aanwezig, doordat ze sturend meedoet en meedenkt. Ze creëert structuur, veiligheid, moedigt aan of begrenst de cliënt waar nodig⁴⁵, waarbij positieve bekrachtiging een belangrijke rol speelt.

8.5 Therapeutische interventies bij triple problematiek

Soms zal de beeldende therapie bij bepaalde patiënten een meer trainingsachtig karakter hebben en zal de therapie meer op een cursorische wijze aangepakt worden, waardoor het beeldend werken eerder als middel ingezet zal worden. Van belang is om de patiënt te helpen bij visualiseren en bij differentiëren van de emoties, gedachten en gedrag. Wat voornamelijk zal dit gebeuren aan de hand van het medium en meebewegen van de therapeut, zoals beschreven is bij empowerment, emerging body language en het analoge

⁴⁴ Begstra.T, Van ontkenning via herkenning naar erkenning, tijdschrift voor vaktherapie, 2012/1, p. 6.

⁴⁵ http://creatievetherapie.hszuyd.nl/files/usr_heugenbma/2009-04-14%20Profiel%20van%20de%20vaktherapeutische%20beroepen%20dec%202008.pdf

procesmodel. Ook kan er gebruik worden gemaakt van de interventies uit het oplossingsgericht werken. Waarbij de therapeut zal meebewegen in weerstand en gezamenlijk met de patiënt naar oplossingen zoeken, zodat de patiënt actief betrokken wordt bij het proces van probleemoplossing. Weerstand wordt gezien als signaal voor de therapeut om van benadering te wisselen. Dit zal het gevoel van veiligheid bij de patiënt vergroten.

De beeldend therapeut zal de patiënt als eerste externe sturing moeten bieden om hem aan te zetten tot activiteit. Door veel uitleg te geven over het gebruik van de materialen en hoe de patiënt het beeldend werk kan opbouwen. Ook zal de therapeut helpen bij het nemen van beslissingen en het versterken van het zelfvertrouwen door veel voor te doen. Hierbij staat het herhalen 'hoe' een beeldend werkstuk kan worden opgebouwd centraal. Dit kan een opstapje zijn van externe sturing naar interne sturing bij de patiënt. Op het moment dat de patiënt meer zelfsturing heeft, kan de beeldend therapeut de sturing verminderen.

8.6 Werkwijze: afstemmen met andere behandelaren.

Doordat patiënten moeite hebben met generaliseren, zal zowel de therapeut als het behandelteam en de begeleiding op de afdeling, de patiënt moeten helpen bij het maken van de transfer. Patiënten koppelen nieuwe ervaringen niet automatisch aan het dagelijkse leven, zodat het integreren van nieuwe geleerd gedrag moeilijker is en situationeel gebonden blijft en zal hierop alert moeten zijn. De ervaringen die de patiënt op doet in de beeldende therapie, worden eveneens overgedragen naar de andere behandelaren en de afdeling waar de patiënt verblijft. Om dit te kunnen bewerkstelligen vraagt dit om een nauwe samenwerking tussen de deskundigen onderling en zal het aangestuurd moeten worden door multidisciplinair overleg. De therapeut zal hierdoor meer tijd kwijt zijn om de contacten op peil te houden.

8.7 Materiaal interventies en werkvormen bij triple problematiek

Kenmerkend bij de patiënten met een verslavingsproblematiek is dat ze vaak moeite hebben met het integreren van denken, voelen en handelen. De therapeut zal de patiënten vooral stimuleren om stil te zijn, weinig te praten en vooral te proberen om hard te werken⁴⁶, zodat de patiënten meer de gelegenheid krijgen om actief te worden en in het medium te gaan structureren. Vaak vinden patiënten het lastig om met een vaststaande structuur te leren omgaan⁴⁷, wat zich in het beeldend werk laat zien door nauwelijks gericht en duidelijk te werken. Patiënten met een verslavingsproblematiek, of die zich sterk verbaal uiten, zijn vaak niet of nauwelijks bereid met beeldende technieken te werken omdat zij liever direct willen ervaren. In feite moeten deze cliënten wennen aan het idee dat een piek ervaring het resultaat is van hard werken. De therapeut zal hieraan aandacht moeten besteden en de patiënt waar mogelijk te verleiden om in beweging te komen en iets te gaan doen. Bij sommigen patiënten zou het kunnen helpen om het tempo te verhogen, om zo tot een betere concentratie te komen en te zorgen dat de patiënt minder snel afgeleid wordt. Andere patiënten hebben juist veel geruststelling nodig en zullen positief bevestigd moeten worden als ze beeldend bezig zijn.

⁴⁶ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 91

⁴⁷ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 58

Ego versterkend, motivatie en zelfvertrouwen:

Voor patiënten met ego-zwakke en die erg angstig zijn, kan gekozen worden om te werken met simpele opdrachten, zoals het gebruik van abstracte vormen of werken aan de hand van voorbeelden (afbeeldingen, kaarten). Hierbij is het van belang om aan te geven dat het resultaat minder van belang is en om de patiënt meer op cursorische wijze te begeleiden⁴⁸.

Er kan ook gebruik worden gemaakt van een voorschets, die de patiënt kan inkleuren, waardoor het werken met het materiaal op de voorgrond komt te staan. "Door vooraf de voorstelling vast te leggen is het mogelijk de patiënt op indirecte wijze te beïnvloeden⁴⁹". Bij ego-versterkend werken kunnen tevens de volgende laagdrempelige technieken ingezet worden, zoals voordrukke (kras)platen, voorbeelden in schilderen, uitvergrooten van tekens(tatoeages, plaatjes uit strips) wat de cliënt vervolgens kan uitwerken met kleurpotlood, vetkrijt, viltstift. Het zijn simpele opdrachten waarvan het resultaat door de cliënt gewaardeerd wordt.

De werkmotivatie kan toenemen door tijdens het werken de inhoud weinig te evalueren en de cliënt vooral technische adviezen te geven en te helpen als de cliënt niet zelfstandig meer de ontstane problemen kan oplossen. Hierdoor kan eveneens het zelfvertrouwen vergroot worden⁵⁰. Ook kunnen er werkvormen worden ingezet, waarbij de techniek en de appèlwaarde centraal staan en aansluiten op activatie van werken in het medium. Het gaat dus met name om werkvormen te geven die positief bekrachtigen.

⁴⁸ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 31

⁴⁹ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 81

⁵⁰ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 82

9. Behandelfasen

In de beeldende therapie zal sprake zijn van een oplopende intensiteit van behandeling:

- Door vooraf informatie te geven en uit te leggen wat beeldende therapie kan betekenen.
- Versterken van de motivatie tot gedragsverandering.
- Van laagdrempelig naar meer intensiever behandelen.

De behandeling bestaat uit drie fasen waarin eerst iets wordt gezegd over de uitvoering, de doelen, de werkvormen en tenslotte over de evaluatie criteria in de opstart en behandelfase en tenslotte de evaluatie in de afsluitfase.

9.1 Opstartfase

In de opstartfase is het opbouwen van een therapeutische relatie en het wennen aan weer wat te gaan doen van belang. Patiënten zijn vaak wantrouwend, voelen zich onmachtig en zijn faalangstig om zichzelf te laten zien in het beeldend werk. Deze fase kan gezien de achtergrond van de doelgroep en het niet gemotiveerd zijn langdurig zijn. Waarbij de voortgang van het actief worden van de patiënt ook afhangt van zijn begripvermogen en leerbaarheid. De beeldend therapeut richt zich op de volgende thema's:

- motiveren, stabiliseren en veiligheid creëren; door onder andere op cursorische wijze⁵¹ de patiënt te begeleiden in het werken met het medium, het bieden van vastomlijnde opdrachten, die veel structuur geven en zal de therapeut ondersteunend zijn als de patiënt vast loopt.
- het opdoen van succeservaringen; om patiënten die lange tijd gestagneerd zijn en vaak faalangstig zijn weer in beweging te krijgen. Dit vraagt een geruststellende en begripvolle houding van de therapeut en samen met de patiënt te zoeken naar waar zijn affiniteit kan liggen aan de hand van het medium en hiermee aan de gang te gaan. Op het moment dat de patiënt een beeldend werk naar tevredenheid kan afronden, zal dit motiverend en ego-versterkend kunnen werken.

De eerste keer duurt de therapie een half uur, dit wordt later uitgebreid tot een uur. Het moment dat de opdracht wordt geformuleerd, het opruimen en het afscheid nemen, zijn kwetsbare momenten zodat het van belang is dit aan de hand van een vaste structuur te doen⁵². Bij aanvang zal de patiënt een vaste plek krijgen in de ruimte en er zal hem uitgelegd worden waar alle materialen liggen.

De volgende interventies kan de beeldend therapeut inzetten om een sessie af te sluiten. In een schriftje kan de patiënt zijn stemming en bevindingen, die hij tijdens het beeldend werken heeft ervaren weergeven. Bijvoorbeeld in de vorm van een weerberichtje met

⁵¹ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 34.

⁵² Schweiser.C, In beeld, doelgroep behandelmethode van beeldend therapeuten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/ Diegem, 2001,p. 30, 31.

eventuele steekwoorden, symbolen, ondersteund met pictogrammen of smileys. Hierdoor ontstaat meer inzicht in de belevingen en het kan dienen als een soort reminder. De patiënt kan later het 'symbolische gevoelsbericht' naast het beeldend werk leggen om meer zicht te krijgen in zijn gevoelswereld en ondersteunt het generaliseren.

Bij de nabespreking zal de therapeut geen vragen stellen omtrent de inhoud van het beeldend werk⁵³, maar zich richten op het opdoen van ervaringen in het hier en nu en kijken naar wat de patiënt aan gedrag laat zien, in zowel het beeldend werk als met betrekking tot de ruimte en de interactie. Hierbij kunnen ook de competentie vraag ingezet worden die de patiënt uitnodigt om te vertellen hoe hij tot iets gekomen is⁵⁴.

De opstartfase zal aansluiten op de volgende drie stadia van het IDDT model. Deze zijn voorbeschouwingsfase, overpeinzingsfase. De patiënt zal zich in eerste instantie nog niet bewust zijn van het probleem en zal ook niet overwegen om er iets aan te gaan doen. Door deelname aan de beeldende therapie, zal de patiënt in beweging komen en hiermee succeservaringen opdoen, die voor meer motivatie en draagkracht zullen zorgen en het besef van eigen persoon doen toenemen. Door in dit proces terecht te komen zal de patiënt de voor en de nadelen gaan afwegen en bewuster worden van de eigen mogelijkheden en dat hij hierop zelf invloed kan uitoefenen. Wat in eerste instantie zal gebeuren in het beeldende werk. Wat hem positief zal bekrachtigen. De stap daarna is dat de patiënt zijn eigenheid en patronen kan gaan ontdekken en er een verbinding zal ontstaan tussen het beeldend werk en zijn eigen persoon.

Doelen in de opstartfase zijn:

- Vergroten van beeldende vaardigheden om zo actief te worden en succeservaringen op te kunnen doen in een veilige en stimulerende, voorspelbare en gestructureerde omgeving.
- Verbinding tot stand brengen tussen wat de patiënt maakt en zijn beeldend werken. Waarbij de therapeut observeert hoe de patiënt het beeldend werk maakt. Doet hij dit met geduld, geconcentreerd/ ongecontroleerd, is de manier van het werken terug te zien in beeldend werk.
- Leren om stil te zijn en actief bezig te zijn in het beeldend werken; de patiënt bij zichzelf laten uitkomen i.p.v. gericht te zijn op de ander.
- De patiënt iets stapsgewijs leren opbouwen en afronden.
- Versterken van het concentratievermogen.
- In beweging komen; weer iets gaan doen i.p.v. denken.
- Motiveren door aan te sluiten bij de affiniteit van de patiënt.
- Versterken van de eigen autonomie (gevoel dat jijzelf beslist, zelf stuurt); een gevoel van eigen regie ervaren in het hier en nu.
- Het aanspreken van de eigen gezonde kwaliteiten en mogelijkheden in het beeldend werk.

Werkvormen in de opstartfase:

De therapeut beschikt in de opstartfase nog niet over de nodige informatie, die nodig zijn om een beeldende opdracht af te stemmen op de patiënt. Daarom hebben de werkvormen

⁵³ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 32

⁵⁴ ad 4: oplossingen zoeken, interventie van oplossingsgericht werken.

een meer algemeen en neutraal karakter. Tevens zal het onderwerp voldoende mogelijkheid bieden om er een persoonlijke invulling aan te geven en zal het uitnodigend zijn.

De werkvormen in de introductie periode hebben de volgende uitgangspunten: een duidelijke structuur, open, uitnodigend thema, eenvoudig en voor ieder begrijpend, er kan zowel abstract als abstract-figuratief, figuratief en sensopathisch gewerkt worden. Aan de hand van de werkvormen zal de patiënt de gelegenheid krijgen om er een eigen invulling aan te geven en die in principe niet confronterend is⁵⁵. De werkvormen die bij de opstartfase horen zijn in de bijlage te vinden.

Evaluatiecriteria van de opstartfase:

Aan de hand van de beeldende producten van de opstartfase zal er samen met de patiënt gekeken worden hoe de afgelopen fase is verlopen. Aan de hand van dit gesprek kan er besloten worden om de patiënt nog wat extra ruimte te geven, of de therapeut kan aan de hand van de onderstaande criteria bekijken of de patiënt er aan toe is om door te gaan naar de behandelfase:

- De patiënt is actief betrokken bij het werken in het medium en ervaart dit als positief.
- De patiënt kan in het medium zichzelf structureren of accepteert sturing door de therapeut.
- De patiënt is in staat om positieve feedback te ontvangen.
- Bij de patiënt is er voldoende sprake van veiligheid ten opzicht van de ruimte, in het contact met de andere groepsleden en de therapeut.
- De patiënt is voldoende in staat om tijdens de sessie zijn concentratieboog vast te houden en kan doelgericht werken.
- De patiënt kan stapsgewijs een beeldend product opzetten.
- De patiënt kan nieuwe ervaringen opdoen en is in staat deze te integreren.
- De patiënt beleeft in het beeldend werken plezier, positieve bekrachtiging en succeservaringen. Het levert hem wat op, zodat hij zijn voordeel ervan kan gaan inzien.
- Door het beeldend werken heeft de patiënt meer besef gekregen van zijn eigen problematiek en wil hiermee aan de slag.

9.2 Behandelfase

In de behandelfase blijven de cliënten individueel werken in de groep. Deze fase zal ongeveer 5 maanden duren. De patiënt zal samen met de therapeut een doel of doelen formuleren en kijken waar de behoefte ligt om de beeldende interventies op af te stemmen. De beeldend therapeut zal het draagvlak van de patiënt in de gaten houden om te voorkomen dat de patiënt overvraagd wordt, zal de therapeut alert moeten blijven ten aanzien van de draagkracht van de patiënt. Eveneens kan de interventie van het 'symbolische gevoelsbericht', zoals in de opstartfase wordt aangegeven ingezet worden. En kan de therapeut gebruik maken van schaalvragen⁵⁶. Om veranderingen in bijvoorbeeld spanning te leren waarnemen. Helpen sturende vragen⁵⁷ bij het leren differentiëren van de emoties. Uitzonderingsvragen⁵⁸ helpen de patiënt bij het beter leren waarnemen van kleine

⁵⁵ Budde, E., creatieve therapie in de praktijk, opdrachten en werkwijze voor beeldende therapie, Van Loghum Slaterus, 1989, p. 141.

⁵⁶ Ad 3: ontdekken wat goed gaat, interventie van oplossingsgericht werken.

⁵⁷ Ad 4: oplossing zoeken, interventie van oplossingsgericht werken.

⁵⁸ Ad 3: ontdekken wat goed gaat, interventie van oplossingsgericht werken.

veranderingen, zodat klachten kunnen reduceren door het zien van kleine successen.

De behandelfase zal aansluiten op de drie stadia van het IDDT model. Deze zijn beslissing, actieve verandering en consolidatie. Waarbij de patiënt laat zien dat hij een voornemen heeft om iets aan zijn gedrag te gaan doen, dit nieuwe gedrag gaat vertonen en vervolgens laat zien dat hij het kan volhouden. Van belang is dat zowel het behandelteam als de beeldend therapeut dit waarneemt en de patiënt ondersteunt in dit proces.

De patiënt zal in de behandelfase verder gaan met het ontdekken van zijn vaardigheden en mogelijkheden in het beeldend werken en zal zich steeds meer bewust worden van de eigen oplossingen en keuzes die hij maakt in het beeldend werk. Wat de patiënt een gevoel van zelfcontrole zal geven (empowerment), wat bekrachtigend en motiverend werkt. Ook zal hij meer op een intuïtieve manier kunnen ervaren welke materialen een appèl op hem doen. Waarbij eveneens zijn eigenheid en patronen van het innerlijke gevoelsleven zichtbaarder worden en geprojecteerd worden in het beeldend werk (analoge procesmodel). De therapeut zal de patiënt in zijn proces volgen, bijsturen, uitdagen, confronteren als dat nodig wordt geacht. Door het bewust worden van de eigenheid, de patronen en het leren benoemen van de nieuwe ervaringen zal de patiënt nieuwe standpunten gaan in nemen en zal hij op een andere wijze tegen zichzelf en de eigen omstandigheden gaan aan kijken. Waarbij de patiënt zichzelf leert herkennen in het beeldend werk en leert om zich steeds meer te identificeren met het eigen werk en betekenis kan geven. Zijn innerlijke gevoelsleven niet alleen naar buiten wordt getransporteerd, maar zal hij ook met afstand naar het beeldend werk kunnen gaan kijken en ontdekt wat hij wil en kan.

In het beeldend proces is het van belang voor de doelgroep dat de werkvormen meerdere keren herhaald worden en kleine stapjes gezet worden. Zodat de nieuwe ervaring en nieuw geleerd gedrag zullen beklijven. Er zal ruimte kunnen ontstaan waardoor de patiënt meer zal toekomen aan de inhoud van het beeldend werken en met name het betekenis geven aan het beeldend proces.

Werkvormen in de behandelfase:

In de behandelfase worden werkvormen aangereikt die aansluiten de kerngebieden van de patiënt. Wat ook de beeldend therapeut een behandelkader zal geven om de verdere behandeling in te zetten. De vier kerngebieden: zelfbeeld, emotie, interactie, cognitie, kunnen zo aansluiten op de persoonlijke situatie van de patiënt. Aan de kerngebieden zijn de werkvormen gekoppeld, die in de bijlage te vinden zijn. Hieronder worden de kerngebieden uitgediept en op welke wijze ze betrekking hebben op de doelgroep:

1. Zelfbeeld:

Een zelfbeeld ontstaat door hoe je jezelf ervaart en hoe andere mensen op je reageren (Erikson, 1972)⁵⁹. In de wisselwerking met je omgeving ontstaat er een kijk op wie jezelf bent. Het idee wat je over jezelf vormt wordt bevestigd door je omgeving, wat zowel op een positieve als negatieve manier bekrachtigd kan worden. Patiënten met een triple problematiek hebben vaak een verstoord zelfbeeld. In de beeldende therapie zal men er dan ook op gericht zijn om te ontdekken wie je bent, wat je kan en wat je wil. Dit door

⁵⁹ Budde, E., Wat woorden niet kunnen zeggen, Creatieve werkvormen en methodieken, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, p. 129

empowerment in zowel het beeldenproces als de positieve bekrachtiging door de therapeut.

2. Emotie:

Ieder mens heeft een scala aan emoties, Bepaalde emoties tonen we en andere houden we diep in ons verstoopt. Voor sommigen is het verbaal benoemen en differentiëren van de emoties en gevoelens lastig of niet mogelijk. Dat betekent niet dat patiënten ze niet hebben, maar ze herkennen ze alleen niet of durven er niet bij stil te staan. Bij het leren duiden van de emoties kan het helpend zijn om te werken aan de hand van gezichtsuitdrukkingen uit tijdschriften, pictogrammen of gebruik te maken van de categorale emoties, de 4 B's en door schaalvragen te gebruiken. Door het herhalen zal de patiënt beter in staat zijn om de emoties te gaan herkennen en bepaalde negatieve emoties kunnen gaan erkennen.

3. Interactie:

Patiënten hebben vanuit hun achtergrond vaak een gebrekkig perspectief aangaande zichzelf en de omgeving. Ze kunnen moeilijker een inschatting kunnen maken wat er vanuit de omgeving van hen verlangt wordt of wat ze zelf zouden willen. Ze hebben hierdoor verminderde contactuele vaardigheden, zijn minder weerbaar en ervaren geen of moeilijk de eigen grens. Hierdoor kunnen de patiënten wantrouwend zijn geworden, weinig zelfvertrouwen hebben of zichzelf teveel aanpassen. Bij de interactie zal eerst het accent liggen op het ervaren van een eigen plek. Waar uit de patiënt contact kan gaan maken met zijn omgeving en zijn eigen grenzen leert ontdekken, van daaruit zal de patiënt ze beter kunnen gaan aangeven. Hiermee zal meer zelfvertrouwen ontwikkelt kunnen worden door het ervaren van eigen regie. Waardoor de patiënt beter in staat zal zijn om aan de omgeving hulp te durven vragen of te accepteren.

4. Cognitie:

Door het verstoorde zelfbeeld en wantrouwen jegens de omgeving hebben patiënten vaak negatieve cognities over zichzelf ontwikkelt, wat leidt tot internaliserende problematiek. Soms kan dit rigide vormen aannemen. Daarbij komt dat het reflectief vermogen beperkt is, of hebben ze weinig zicht op hun eigen aandeel in situaties⁶⁰. De waarneming kan daardoor verstoord kan zijn. Door de verstandelijke beperking en psychiatrische stoornis kan er tevens sprake zijn van het ervaren van geen inwendige structuur. Dit kan problemen geven bij het interpreteren van situaties of is er een verminderde impulscontrole. Hieruit vloeien aannames voort met betrekking tot zichzelf en de omgeving, zoals een lage zelfwaardering of iets niet willen omdat het toch niet zal lukken. De faalangstigheid wordt hierdoor gevoed. De patiënt kan het gevoel hebben dat hij geen invloed kan uitoefenen op zijn omgeving of dat hij er toe doet. Aan de hand van het beeldend werken kan de concentratie verhoogd worden en het waarnemingsvermogen verbeterd worden. De patiënt zal meer rust ervaren en zichzelf beter kan gaan structureren. Doordat er meer rust en ruimte komt zal de patiënt ontdekken welke negatieve overtuigingen hij hanteert en deze gaande weg de therapie kunnen gaan ombuigen.

Doelen in de behandelfase:

1. Zelfbeeld:

- Versterken van eigen mogelijkheden en wilskracht

⁶⁰ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 52

- Versterken van zelfvertrouwen en/of zelfwaardering,
- Accepteren van bijkomende en blijvende problematiek.
- Vergroten van de draagkracht.
- Ontwikkelen van de ik-sterkte.

2. Emotie:

- Leren benoemen van de emoties.
- Beter leren differentiëren van de emoties.
- Beter leren structuren of hierbij hulp leren vragen.
- Meer grip krijgen op emotie en impulsregulatie.
- Beter leren loslaten van rigiditeit en/of hierbij hulp leren vragen.
- Meer ontspanning kunnen ervaren.
- Versterken van gevoel van eigen autonomie.

3. Interactie:

- Beter met stress en prikkels uit de omgeving leren omgaan.
- De lat minder hoog leren leggen, of hoger.
- Weerbaarder worden, beter leren eigen grenzen aan geven en leren aanvoelen van de grenzen van een ander.
- Leren accepteren om hulp te aanvaarden en vragen ⁶¹.

4. Cognitie:

- Concentratie leren verhogen en minder afgeleid zijn.
- Waarnemingsvermogen versterken.
- Beter leren ordenen en structureren van gedachten, gevoelens en gedrag.
- Ontdekken van negatieve cognities en ombuigen naar positieve cognities.
- Vergroten van probleembesef (zowel verslaving als andere levensgebieden) en meer besef krijgen van de risicofactoren van de verslaving.

Evaluatie criteria van de behandelfase:

De evaluatie criteria van de behandelfase zijn gebaseerd op de effecten die samen hangen met de doelen in de kerngebieden. Waarbij de patiënt een waarneembare verandering laat zien, doordat in zijn algemeenheid de problematiek vermindert, de patiënt meer zelfstandig tot oplossingen kan komen, wat ook zichtbaar wordt in het beelden proces. Met name zal er in het kerngebied zelfbeeld en emotie, veranderingen zijn waar te nemen, omdat beeldende therapie op deze kerngebieden het sterkste effect heeft. Door de verbondenheid van de onderlinge kerngebieden zullen de veranderingen die plaats vinden op een van de kerngebieden een na-ijling effect hebben op de andere kerngebieden en het hele 'zelf' van de persoon. Van belang is dat de beeldend therapeut haar bevindingen die ze waarneemt terugkoppelt naar de patiënt en het behandelteam, zodat het behandelproces in de verschillende therapieën gelijk blijft lopen. De veranderingen zijn waar te nemen doordat er een verschil zit tussen het begin van de behandelfase, tussentijdse evaluaties en het einde van de behandelfase.

Evaluatie criteria zelfbeeld:

De veranderingen in het kerngebied zelfbeeld zijn te zien onder andere waarneembaar

⁶¹ Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 65

doordat de patiënt tot meer zelfontplooiing is gekomen door het ontwikkelen van vaardigheden, zowel in het beeldend werken als in zijn dagelijkse leven. Zijn zelfkennis vergroot is doordat hij beter weet wie hij is, meer zicht heeft gekregen op de eigen gedachten, emoties en gevoelens. Een positiever zelfbeeld laat zien, door zichzelf als persoon meer durft te laten zien, minder aanpast en ook meer de ruimte durft in te nemen. Wat samenhangt met dat de patiënt beter zicht heeft gekregen op zijn eigen mogelijkheden en deze kan ontplooien. Ook zal de wilskracht zijn toegenomen, wat de patiënt onder andere laat zien door met meer energie te werken en meer doorzettingsvermogen toont om het beeldend werk af te maken.

Concreet zullen de veranderingen zijn waar te nemen op de volgende doelen van het kerngebied zelfbeeld:

- Eigen mogelijkheden ziet en meer wilskracht toont;
- Zelfvertrouwen en/of zelfwaardering heeft gekregen;
- Beter de bijkomende en blijvende problematiek kan accepteren;
- Meer draagkracht heeft ontwikkelt;
- Meer Ik-sterkte laat zien.

Evaluatie criteria emotie:

De veranderingen in het kerngebied emotie zijn te zien zijn doordat de patiënt beter in staat is zijn emoties te uiten, deze beter kan herkennen, benoemen en kan verdragen. De patiënt kan beter zijn emoties differentiëren, door meer nuances te kunnen aanbrengen in zijn emoties en gevoelsleven en uit deze minder op een zwart/witte manier. Waarmee hij ook laat zien dat hij meer grip heeft gekregen op zijn emoties. Met name op de sterke emoties zoals boosheid, angst en verdriet. De patiënt zal hierdoor ook meer rust ervaren, meer ontspannen kunnen zijn en zal een positievere stemming hebben.

Concreet zullen de veranderingen zijn waar te nemen op de volgende doelen van het kerngebied emotie:

- Beter zijn emoties heeft leren benoemen en differentiëren;
- Zichzelf beter heeft leren structureren of hierbij hulp kan vragen;
- Meer grip heeft gekregen op emotie en impulsregulatie;
- Beter de rigiditeit heeft leren loslaten en/of hierbij hulp kan vragen;
- Zich beter kan ontspannen;
- Zich autonomer voelt.

Evaluatie criteria interactie:

De veranderingen in het kerngebied interactie zijn te zien: doordat de patiënt meer sociale vaardigheden laat zien, zich meer ontspannen en prettiger voelt in het contact met de anderen. De patiënt kan zijn omgeving beter aanvoelen en zich afstemmen. Hij kan beter hulp vragen, als het hem niet lukt. De patiënt is weerbaarder geworden en kan beter zijn eigen grenzen aangeven, maar ook de grenzen van de ander beter kan aanvoelen en respecteren. Ook zal de patiënt zich zelf minder diskwalificeren, door zowel zijn beeldend werk als eigen persoon minder te ontcrachten en toont meer eigen verantwoording. Wat zich ook laat zien door het beter kunnen identificeren met de betekenis van het eigen beeldend werk.

Concreet zullen de veranderingen zijn waar te nemen op de volgende doelen van het kerngebied interactie:

- Beter met stress en prikkels uit de omgeving heeft leren om te gaan.
- De lat minder hoog heeft leren leggen, of juist lager.
- Geleerd heeft zichzelf minder te diskwalificeren.
- Weerbaarder is geworden en beter zijn eigen grenzen kan aangeven en beter leren van de grenzen van een ander kan aanvoelen.
- Hulp kan aanvaarden en vragen.

Evaluatie criteria cognitie:

De veranderingen in het kerngebied cognitie zijn te zien: doordat de patiënt meer besef heeft gekregen op eigen problematiek. Hij beter instaat is om zijn eigen negatieve gedachtegang om te buigen naar positieve gedachten en hij objectiever kan waarnemen. De patiënt zal in het beeldend proces planmatiger gaan werken, door vooraf beter en realistischer te plannen. Wat zich laat zien door het beeldend werk op een gestructureerde manier op te bouwen, zal hij beter in staat zijn om beeldende voorbeelden exacter weer te geven en minder in de chaos te verzanden.

Concreet zullen de veranderingen zijn waar te nemen op de volgende doelen van het kerngebied cognitie:

- Hij zich beter kan concentreren en minder snel afgeleid is.
- Het waarnemingsvermogen is verbeterd.
- Hij beter gedachten, gevoelens en gedrag heeft leren ordenen en structureren.
- Hij negatieve cognities makkelijker bij zichzelf kan ontdekken en kan ombuigen naar positieve cognities.
- Er sprake is van vermeerderd probleembesef (zowel verslaving als andere levensgebieden) en hij meer besef heeft gekregen van de risicofactoren van de verslaving.

9.3 Afsluitfase

De looptijd van de afsluitfase is per individu verschillend, van 3 weken tot 2 maanden. Dit heeft te maken dat een deel van de patiënten vroegtijdig stoppen met de behandeling of een terugval hebben in het middelen gebruik. Dat neemt niet weg dat het deelnemen aan een afsluitfase van belang is om beter de overgang te kunnen maken naar andere afdelingen, begeleid wonen of weer naar huis te gaan. Het zal de actieve verandering en de consolidatie van het IDDT model kunnen bewerkstelligen. In de afsluitfase zal dan ook het accent meer komen te liggen op terugkijken, afscheid nemen en integreren van veranderingen in de emoties, gedachten en gedrag. Waar staat de patiënt nu, hoe wil en kan hij dit afronden en wat neemt hij mee naar de toekomst?

Doelen bij de afsluitfase:

- Terugkijken en hiermee de generalisatie verstevigen.
- Versterken van de eigen autonomie: op welke wijze wil de patiënt afscheid nemen?
- Wat neemt de patiënt aan mogelijkheden en vaardigheden mee naar de toekomst?
- Versterken van de weerbaarheid en assertiviteit. Nee zeggen en hulp leren vragen.
- Leren omgaan met en accepteren van de blijvende problemen (rondom de LVB, psychosociale problematiek en verslavingsproblematiek) en zicht krijgen op de risicofactoren voor een terugval.

De evaluatie van de afscheidsfase:

Door de patiënt zal een selectie gemaakt worden uit zijn werk en zal hij deze presenteren. Hierbij nodigt de patiënt leden van het behandelteam, persoonlijk begeleiders en mensen uit zijn netwerk uitnodigen.

10. Eindtermen

In een vragenlijst die de beeldend therapeuten van zowel Novadic-Kentron als Aveleijn hebben ingevuld werden de volgende ontwikkelingen bij patiënten met LVB en/of verslavingsproblematiek geconstateerd:

Beeldend therapeut bij Aveleijn geeft aan dat het zelfvertrouwen en het zelfbeeld groeien en dat patiënten zich weerbaarder en krachtiger voelen, beter in staat zijn om hulp te vragen bij begeleiders, ouders en netwerk, beter 'nee' hebben leren zeggen en meer eigen oplossingen kunnen zoeken.

De beeldend therapeute bij Novadic & kentron geeft aan dat het beeldend werken een meerwaarde heeft. Omdat het beeldend resultaat een visuele en blijvende herinnering is aan de behandeling en patiënten helpt om het geleerde vast te houden. De reacties van patiënten zijn divers: ze ervaren het als confronterend, leerzaam, plezierig, ontspannend. Maar zijn bovenal trots op hun beeldend werkstuk, daarmee ook op hun verslavingsbehandeling en op zichzelf. Dit versterkt hun zelfvertrouwen en geeft een positieve ervaring en beleving.

De eindtermen in beeldende therapie zijn gebaseerd op zowel de bovenstaande bevindingen uit de praktijk als ook op waarneembare veranderingen in de kerngebieden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ondanks de complexiteit van de doelgroep, veranderingen in kleine stapjes zal gebeuren en een langdurig proces is. Desondanks is een positieve veranderingen waarneembaar, tussen het begin en het einde van de beeldende therapie. Er is een keuze gemaakt om de criteria van de behandel fase als uitgangspunt voor de eindtermen te hanteren.

Het zelfbeeld is versterkt doordat de patiënt meer:

- Eigen mogelijkheden en eigen kracht (competenties) ervaart;
- Zelfvertrouwen en/of zelfwaardering heeft;
- De bijkomende en blijvende problematiek accepteert;
- Draagkracht ontwikkelt;
- Ik-sterkte ontwikkelt.

De patiënt kan beter zijn emotie differentiëren doordat hij:

- Beter zijn emoties heeft leren differentiëren;
- Zichzelf beter heeft leren structureren of hierbij hulp kan vragen;
- Meer grip heeft gekregen op emotie en impulsregulatie;
- Beter rigiditeit heeft leren loslaten en/of hierbij hulp kan vragen;
- Zich beter kan ontspannen;
- Zich autonomer voelt.

De patiënt heeft meer sociale vaardigheden en voelt zich prettig in het contact doordat hij:

- Beter met stress en prikkels uit de omgeving heeft leren om te gaan.

- De lat minder hoog heeft leren leggen.
- Geleerd heeft zichzelf minder te diskwalificeren.
- Weerbaarder is geworden en beter zijn eigen grenzen kan aangeven.
- Hulp kan aanvaarden en vragen⁶².

De patiënt heeft meer besef gekregen van zijn gedachtegang en waarneming doordat:

- Hij een betere concentratie heeft en minder snel afgeleid is.
- Zijn waarnemingsvermogen is verbeterd.
- Hij beter gedachten, gevoelens en gedrag heeft leren ordenen en structureren.
- Hij negatieve cognities makkelijker bij zichzelf kan ontdekken.
- Er sprake is van vermeerderd probleembesef (zowel verslaving als andere levensgebieden) en hij meer besef heeft gekregen van de risicofactoren van de verslaving.

⁶² Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 65

11. Implementatie van het beeldend behandelaanbod, pilot en vervolg onderzoek

In de feedback van de evaluatie van het beeldend behandelaanbod wordt door meerdere deskundigen aangegeven dat nu niet het moment is om op de DD kliniek een pilot op te gaan starten, omdat er momenteel te veel ontwikkelingen en veranderingen zijn. Wat ook te maken heeft met de opzet van de nieuwe kliniek High intensive Care te Zutphen, waar de DD kliniek in zal overgaan en het geheel in handen van Tactus zal komen. Bij de opzet van de kliniek zijn veel zaken over de werkwijze en invulling van de behandeling en opname duur nog niet bekend zijn. Dat neemt niet weg dat dit beeldend behandelaanbod niet mee zou kunnen worden genomen in de nieuwe ontwikkelingen die er momenteel plaats vinden. Door de mensen uit de evaluatiegroep, die het beeldend behandelaanbod van feedback hebben voorzien geven, wordt aan gegeven dat het behandelaanbod aansluit op de huidige ontwikkelingen binnen Tactus en als een inspiratie bron gezien kan worden in het zoeken naar andere benaderingswijzen voor de doelgroep met een triple problematiek.

Om het beeldend behandelaanbod aan te laten sluiten op de nieuwe situatie zal er nog meer gekeken moeten worden hoe het ingebed kan worden in de nieuwe kliniek en de organisatie. Het zal duidelijk moeten worden welke keuzes men zal maken over de behandelduur, werkwijze, behandelvisie en hoe de samenwerking zal worden georganiseerd. Dit zal geregeld moeten worden vanuit een multidisciplinair team. Bij deze doelgroep is het van belang dat het behandelteam, persoonlijk begeleiders als hulpbronnen gaan werken om de patiënt heen. Zodat vragen uit de andere therapieën en afdeling kunnen worden neergelegd bij beeldende therapie. En de patiënt de gelegenheid krijgt om zowel in de beeldende therapie als bij andere therapieën, behandelingen te werken aan dezelfde doelen en er een verbinding zal ontstaan. Dat vraagt eveneens een nauwe samenwerking met de afdeling waar de patiënt verblijft.

Er is bewust voor gekozen om een volledige beeldend behandelaanbod te ontwikkelen, die langer duurt dan de huidige opname van een half jaar. Door het stellen van het behandelkader wordt de weg waarlangs een beeldend therapeutisch proces kan verlopen duidelijker. Doordat de eindtermen gezien kunnen worden als haalbare resultaten. Een logische gevolg zou nu zijn dat dit behandelaanbod als een pilot voor twee jaar ingezet wordt in combinatie met een onderzoek naar de effecten van de beeldende therapie. Tijdens de looptijd van de pilot dient het beeldend behandelaanbod geëvalueerd en bijgesteld te worden. Om tot een eenduidigheid te komen.

De evaluaties van de pilot en het samenhangende onderzoek kunnen aan de hand van een vragenlijst onderzocht worden. De groep kan bestaan uit patiënten, behandelaren en de persoonlijke begeleiders. Door de vragenlijst in verschillende fasen van de behandeling voor te leggen, zullen er meerdere evaluatie momenten komen die met elkaar vergeleken kunnen worden.

Voor het opstellen van de vragenlijst kunnen verschillende beproefde vragenlijsten gebruikt worden, zoals onder andere de Session Rating Scale (SRS), om tot inzicht in resultaten te komen bij patiënten met een triple problematiek. De Session Rating Scale (SRS) werkt aan de hand van vier korte items:

- De relatie: 'ik voel me gehoord, begrepen en gerespecteerd';
- Doelen en onderwerpen: "we hebben gesproken over en gewerkt aan zaken die ik belangrijk vind";
- Aanpak en methode: 'de aanpak van de therapeut past bij mij';
- Overall: 'over het geheel genomen was de beeldende therapie goed voor me'⁶³.

Om de vragen te visualiseren kan er gebruik worden gemaakt van schaalvragen op een 10-puntsschaal om patiënten te laten aangeven in hoeverre ze controle hebben gekregen over de symptomen en de verslavingsproblematiek en vooruitgang ervaren. Hierbij kunnen de volgende domeinen specifiek bevraagd worden: motivatie, vooruitgang, vertrouwen, zelfwaardering, weerbaarheid, omgang met de omgeving, verandering in denken, voelen, handelen enz. Ook kunnen er meer specifieke vragen gesteld worden over de effecten in beeldende therapie, gebaseerd op de kerngebieden. Door het antwoorden visueel te maken zal het voor de doelgroep makkelijker zijn om te antwoorden. Deze schaalvragen kunnen uiteindelijk met elkaar vergeleken worden om tot resultaten te komen.

⁶³ Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, Pearson, 2012, p. 124

12. Bijlage werkvormen.

Opstartfase:

Hierbij kan de beeldend therapeut uit de onderstaande opdrachten een keuze maken betreft de opstart. Het accent betreft de opstartfase zal vooral liggen op het opdoen van succeservaringen en onderzoeken van eigen mogelijkheden bij de patiënt.

Abstracte werkvormen:

- Zet op het vel een papier een zolang mogelijke onderbroken lijn, alsof je een bij bent.
- Kijk waar de lijnen kruisen en ga deze invullen.
- Kleur door te krassen het vel papier zo veel mogelijk in, in zo kort mogelijke tijd of kies twee kleuren en maak kleurschakeringen op het gehele vel.
- Teken driehoeken, cirkels, verticale lijnen, horizontale, diagonale lijnen elk op een apart vel.
- Vul het vel papier met golven of lijnen, die naast elkaar worden geplaatst.
- Teken zoveel mogelijke arceringen, neem afstand en kijk welke vorm ontstaat en werk hierop door.
- Teken op het vel een grens en werk vanaf de onderkant naar boven, kijk wat je gaat doen als je bij de grens komt.
- Nat in nat techniek, werk vanaf de onderkant van het blad naar een lichtere kleur in het midden, kies vanaf het moment dat je in het midden bent een ander kleur. En werk van licht naar donker met de nieuwe kleur.
- Neem stevig vel een zet hem op een schildersezel en maak een abstract kunstwerk.

Abstract figuratieve werkvormen:

- Compositie van een cirkel, vierkant driehoek, knip een driehoek, vierkant, cirkel uit en plak het op een nieuw vel. Maak er een compositie van en werk het verder uit.
- Transformeren van een vorm, teken een willekeurige vorm, herhaal deze om de bestaande vorm heen en/of verander er telkens iets aan.
- Mandala's tekenen. Wat zowel als een gedrukte plaat gegeven kan worden en de patiënt zich alleen maar hoeft te concentreren op het inkleuren. Bij patiënten die meer eigenheid hebben kunnen zelf een mandala tekenen, waarbij de mandala wordt opgebouwd vanuit het midden. Variaties kunnen zijn om een mandala te maken met als een collage van papier of waardeloos materiaal, zodat het meer driedimensionaal wordt.
- Een voorbeeld die de patiënt worden meerdere keren gekopieerd door de therapeut en ingevuld met verschillende materialen zoals: potlood, verf, pastel krijt.
- Tegenstellingen samenvoegen. Beeld een tegenstelling uit bijv: licht-donker, hard-zacht, en voeg deze samen.
- Een voorwerp voor als je je kwetsbaar voelt. Wat van zowel klei als getekend kan worden.

- Nat in nat schilderen: Keuze maken uit drie primaire kleuren (rood, blauw, geel). Begin met een kleur onderaan, wissel in het midden naar de tweede kleur en eindig met de derde kleur. Bepaal zelf de volgorde en kijk hoe de overgangen gemaakt worden.

Figuratieve werkvormen:

- Werken aan de hand van voorbeelden. (kaarten van landschap, abstracte kunst, bloemen, planten en dieren) Variaties kunnen zijn om de afbeelding uit te vergroten, verkleinen of een deel van de afbeelding uit werken.
- Kiezen van een bijzonder voorwerp: voorwerpen uit de natuur(stuk hout, schelp, mos) huishoudelijke voorwerpen (lege glazen pot, bakje, doosje) en maak met dit voorwerp iets. Er kan iets omheen of ingedaan worden.
- Masker van papier-maché, waarbij bepaalde karakter eigenschappen kunnen worden weergegeven, zowel aan de buiten als de binnenkant.
- Teken een boom/ bloem, zoals je gegroeid bent.

Sensopathische werkvormen:

Er kan gewerkt worden aan de hand van zeven werkvormen die ieder een ander materiaal als uitgangspunt hebben: Krijt, klei, papier, kosteloos materiaal, textiel, vingerverf en buigzaam materiaal. Ook kan het werken en slijpen van speksteen een mooie manier zijn om op een zintuiglijke en aandachtige wijze te werken.

Behandelfase:

In de behandelfase zal het accent meer komen te liggen op het aansluiten op het behandeldoel en deze vervolgens te koppelen aan een van de kerngebieden. Mogelijk zullen in de behandeling de gebieden door elkaar heen lopen, zodat meerdere opdrachten tegelijkertijd kunnen aansluiten.

Beeldende opdrachten zelfbeeld:

- Zelfportret met voorwerpen⁶⁴: Neem een groot fel papier en hang dit op de muur en maak met de volgende onderdelen een zelfportret: jezelf, een raam, een plant en een gieter.
- Ik-doos: van hoe jezelf ziet. De doos heeft een binnen en buitenkant, aan de binnenkant kun je dingen weergeven die je bezig houden of typisch iets van jouw zijn of je aanspreekt, herinneringen, gevoelens, wat je graag zou willen. De buitenkant kan je vormgeven aan de hand hoe je denkt dat een ander jouw ziet of wat je laat zien. je hobby's, wat je goed kan, je vrienden of familie enz.
- Zoek een dier dat bij je karakter past. Klei dit dier. Bespreek daarna waarom je voor dit dier hebt gekozen en waarom het belangrijk voor je is.
- Maak een tekening van je naam en laat in kleuren en vormen zien wat bij je past, of schrijf bij iedere letter een eigenschap die je bezit.
- Maak met behulp van plaatjes uit tijdschriften een collage, wat past bij jou? Wat vind je leuk, welke plaatsje vind je mooi, waar heb je een hekel aan?
- De berg: stel dat je onderaan de berg staat, hoe zou je dan de berg gaan beklimmen?

⁶⁴ Budde.E, Wat woorden niet kunnen zeggen, Creatieve werkvormen en methodieken, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 12008, p. 69

Maar je hebt verder geen klimuitrusting of telefoon bij je. Deze opdracht kan zowel in klei uitgevoerd worden als getekend worden.

- Schatkist: teken of maak een schatkist en stop daarin je meest waardevolle bezit.

Beeldende opdrachten emotie:

- Gevoelspalet: ronde cirkel, elke emotie van de 4 B's heeft een vaststaande kleur, wat ter ondersteuning staat op een papiertje. Als de patiënt een keuze heeft gemaakt wordt het papiertje weg gepakt. De patiënt kan nu naar eigen idee de cirkel invullen.
- Maak een collage met foto's, teksten over jezelf (gevoelens, mensen, dieren, wensen etc.) of wat jouw aanspreekt.
- Teken vier vakken en teken in elk vak een basisemotie.
- Maak een onprettige/onveilige plek en een prettige plek.
- Maak een muur van karton of klei. Maak daarna een mensfiguur en geef deze een plek t.o.v. de muur. Wat is er te zien? Is de muur hoog/ laag of dik/ dun? Is het mogelijk om een opening te vinden of te maken in de muur?
- Maak een tekening met dingen waar je een hekel aan hebt en gebruik dit daarna als dartbord.
- Kies een emotie en werk die uit met drie verschillende materialen.
- Maak een woede, blijde, bange en verdrietige tekening.
- Januskop: maak van klei een kop met twee verschillende gezichten die uitdrukking geven aan je gevoelens.
- Maak een tweeluik waarbij het onderwerp spanning versus ontspanning is, spanning met harde materialen, houtskool, krijt etc. en ontspanning met bijvoorbeeld ecoline.
- Emoties in drie delen: Deel 1: beeld een hevige emotie uit (vier B's). De emotie moet gekoppeld zijn aan een concrete situatie in het eigen leven (het liefst van afgelopen week). Deel 2: Schrijf nu naar aanleiding van de emotie alle negatieve gedachten op die je toen had, of die je nu over de emotie kan hebben. Deel 3: Geef jezelf een compliment naar aanleiding van deze emotie wat zowel getekend als geschreven mag worden.
- Maak een thermometer voor je gevoelens. Plak hier plaatjes bij, teken situaties en teken hoe je je dan voelt en gedraagt. Of in welke situaties lopen de spanningen op.
- Kies een materiaal dat je niet zo goed ligt en een materiaal dat je heel prettig vindt. Begin met het vervelende materiaal. Als je merkt dat je te gefrustreerd raakt om verder te gaan pak je het prettige materiaal en werkt daarmee tot je weer rustig bent en verder kunt met het onprettige materiaal.
- Een stemmings totempaal: Teken een groot rechthoek op een staand fel papier, vul de rechthoek in en begin met de stemming die het meeste op de voorgrond staat en vul daarna de andere in.

Beeldende opdrachten interactie:

- Teken van links naar rechts een rode lijn met viltstift en kies een krijt kleur, waarmee vanaf de onderkant omhoog werkt totdat je bij de grens komt. Bepaal zelf wat je de grens wil gaan doen en hoe je erover heen wil gaan.
- Teken een fijne plek waar je jezelf kan zijn.
- Cocon: teken of maak van klei een cocon en bekijk op welke wijze jij, als je een vlinder zou zijn, of je wil wegvliegen of nog even zou willen blijven.

- Kies een plaatje uit, plak het in het midden van je papier en teken het af.
- Gebruik een vierkant stuk papier. Teken van het midden uit een steeds groter wordende cirkels. Teken jezelf (of een symbool voor jezelf) in de middelste cirkel. Teken daarom heen mensen die belangrijk voor je zijn en waar je een goede band mee hebt. Hoe verder naar buiten je ze tekent hoe verder weg ze staan. Teken een sociogram.
- Teken een held (stripfiguur) en iemand die gered moet worden. Geef aan hoe de held het slachtoffer red. Of maak hiervan een striptekening.
- Maak een tekening van jezelf met iemand die belangrijk voor je is.
- Maak een tekening waarin je jouw familie, het gezin waaruit je komt of pleegouders, tekent als
- dieren: welk dier zouden zij zijn en hoe staan ze bij elkaar? Of doe hetzelfde met een collage met foto's van je familieleden of door middel van een werkstuk met klei (sociogram).
- Ik en mijn muur: klei een figuur die symbool staat voor jezelf en klei een muur: die hoog, laag, afgebrokkeld, dik, dun zijn, gaten hebben of openingen hebben. Plaats het klei figuurtje ten opzichte van de muur. Zit je hierbij, sta voor of achter de muur.
- Vogel zoekt nest: boetseer een vogeltje en maak daarna een nestje in de vorm van een schaal. Waaraan nog andere materialen (takjes, scherven, veertjes, wol enz) toegevoegd kunnen worden, om een warm huisje te maken.

Beeldende opdrachten bij cognitie:

- Kies een plaatje uit een tijdschrift (bijv. van een gebouw) plak dit ergens op een papier en maak de tekening af (zodat het plaatje in je tekening past).
- Dezelfde opdracht op drie manieren uitwerken (bijvoorbeeld ander materiaal) om te leren dat er niet één mogelijkheid is (vanuit de cognitieve gedragstherapie: in eerste instantie geef je één invulling (interpretatie), door de opdracht nog twee keer uit te werken leer je dat er ook andere mogelijkheden zijn).
- Maak zes bollen van klei, verander ze allemaal op een andere manier.
- 'Mislukte' werkstukken uit vorige sessies of eigen werkstukken vanuit de groep opnieuw bekijken en afmaken tot tevredenheid.
- Teken een vis, teken een vis met een probleem, teken de oplossing van het probleem.
- Teken een plaatje na dat ondersteboven ligt (hiermee wordt je rechter hersenhelft geactiveerd).

Afsluitfase:

In de afsluitfase zal het accent meer komen te liggen op terugkijken en afscheid nemen. Waar staat de patiënt nu, hoe wil en kan hij dit afronden en wat neemt hij mee naar de toekomst. Hierbij kan de therapeut de regie wat meer loslaten en kan er gekeken worden op welke wijze de patiënt deze fase zelf zou willen vormgeven.

Werkvormen in de afsluitfase kunnen zijn:

- Vogelperspectief: stel je voor dat als een vogel hoog in de lucht kan vliegen en je kijkt neer op jezelf en je situatie, Wat zie je dan?
- Uit komen uit een ei: Maak de klei warm in je handen en maak uit een stuk een ei vorm. Maak het vervolgens open en laat iets uit het ei komen door de klei om te vormen tot een voorwerp.

- Stripboek: maak van papier een boek en maak hiervoor een omslag en een etiket. Kies voor jezelf een figuur of een symbool als hoofdpersoon. Kies een moment waarvan af je wil beginnen en teken door tot in de toekomst.
- Reisverhaal: teken of schrijf een verhaal of gedicht over de afgelopen periode dat je in behandeling was: hoe vertrok je, hoe was je voorbereiding? Wie of wat kwam je tegen.
- Plant in het seizoen: geef jezelf weer als een plant en begin bij het tekenen vanaf het zaadjes en de wortels. Teken hoe je gegroeid bent de afgelopen tijd.
- Verandering: vouw het papier in tweeën en teken aan de ene kant dingen die je niet kan veranderen en aan de andere kant dingen die je wel kan veranderen.
- Oud en nieuw: vouw het papier in tweeën en teken aan een kant wat je wil toestaan in je leven en wat je niet meer wil toestaan in je leven.

13. Bron en literatuurlijst.

Bronnen:

- Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007, p. 19, 26, 31, 32, 34, 52, 65, 81,82, 58, 65, 91.
- Bergsma.T, van ontkenning via herkenning naar erkenning, tijdschrift voor vaktherapie 2012/1, jaargang 8, p. 4, 6.
- Budde.E, creatieve therapie in de praktijk, opdrachten en werkwijze voor beeldende therapie, Van Loghum Slaterus, 1989, p. 25, 27, 141.
- Budde.E, Wat woorden niet kunnen zeggen, Creatieve werkvormen en methodieken, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008, p. 26, 27, 65, 66, 129.
- Fiselier.W , Triple problematiek binnen de Dubbeldiagnose Kliniek Deventer, Hoe kunnen we beter aansluiten?, onderzoeksverslag in kader van LGGV opleiding, september 2012. P. 10, 11, 31.
- Grabeau.E, Visser.H, creatieve therapie, spelen met de mogelijkheden, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/zaventem, 1987, p. 83.
- Huigens.T, Ervaringsordening, mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap, Elsevier gezondheidszorg, Maarsen, 2005, p. 92,93.
- <http://www.edumax.nl/gedrag.html>: gedragsproblematiek.
- http://creatievetherapie.hszuyd.nl/files/usr_heugenbma/2009-0414%20Profiel%20van%20de%20vaktherapeutische%20beroepen%20dec%202008.pdf
- Hakvoort.L, Dijkstra.I, muziektherapie en verslavingszorg, een neurobiologische benadering, tijdschrift voor vaktherapie, 2012-3, p. 4, 5, 8.
- Kaal.H.L., Ooyen-Houben.M.M.J. van, Ganpat, S., Wits, Een complex probleem, passende zorg voor verslaafde justitiabelen met comorbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Cahiers 2009-11, p.
- Laura Neijmeijer, Lisette Moerdijk, Gertjan Veneberg en Christien Muusse, Licht verstandelijk gehandicapten in GGZ, Trimbos-instituut, Utrecht 2010, p. 14.
- Nagel, van der. J, M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013. P. 24, 26, 31, 35, 59, 61, 175, 206, 208, 213.
- Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, pearson, 2012, p. 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 52, 86, 87, 109, 124, 148.
- Schweizer. C, handboek beeldende therapie, Uit de verf, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009, p., 266, 273, 415,416, 417.
- Schweiser.C, In beeld, doelgroep behandelmethodes van beeldend therapeuten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/ diegem, 2001,p. 30, 31.
- Smeijsters,H. Handboek Creatieve therapie, Coutinho, Bussum, 2008. P.51, 111,176, 341
- Smeijsters.H (red.) & Gemmy Willemars, Julie Kil, Han Kurstjens, Jaap Welten en Pijke Dijkema, Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg Resultaten van praktijkgericht onderzoek. KenVaK / KenVaK Publishers, 2012, p. 61, 62, 66,76, 90, 132/150. 198/207
- Smeijsters. H, De kunsten van het leven, Veen Magazines, Diemen, 2008. P.212, 214.

Literatuur:

- Beaten.N, beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie, Spinhex & Industrie, 2007.
- Bergsma.T, van ontkenning via herkenning naar erkenning, tijdschrift voor vaktherapie 2012/1, jaargang 8.
- Budde.E, creatieve therapie in de praktijk, opdrachten en werkwijze voor beeldende therapie, Van Loghum Slaterus, 1989.
- Budde.E, Wat woorden niet kunnen zeggen, Creatieve werkvormen en methodieken, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.
- Fiselier.W, Triple problematiek binnen de Dubbeldiagnose Kliniek Deventer, Hoe kunnen we beter aansluiten?, onderzoeksverslag in kader van LGGV opleiding, september 2012.
- Grabeau.E, Visser.H, creatieve therapie, spelen met de mogelijkheden, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/zaventem, 1987.

Huigens.T, Ervaringsordening, mogelijkheden voor mensen met een verstandelijke handicap, Elsevier gezondheidszorg, Maarsen, 2005.

<http://www.edumax.nl/gedrag.html>: gedragsproblematiek.

http://creatievetherapie.hszuyd.nl/files/usr_heugenbma/2009-04

14%20Profiel%20van%20de%20vaktherapeutische%20beroepen%20dec%202008.pdf

http://www.ledd.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=3

http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/893/725/RUG01-001893725_2012_0001_AC.pdf

Hakvoort.L, Dijkstra.I, muziektherapie en verslavingszorg, een neurobiologische benadering, tijdschrift voor vaktherapie, 2012-3.

Kaal.H.L., Ooyen-Houben.M.M.J. van, Ganpat, S., Wits, Een complex probleem, passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Cahiers 2009-11.

Neijmeijer. L, Moerdijk. L, Veneberg. G, Muusse. C, Licht verstandelijk gehandicapten in GGZ, Trimbos-instituut, Utrecht 2010.

Nagel van der.J , M. Kiewik, R. Dibben, 'Iedereen gebruikt toch', BOOM, Amsterdam, 2013.

Roeden.J, Bannink.F, handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten, pearson, 2012.

Schweizer. C, handboek beeldende therapie, Uit de verf, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009.

Schweiser. C, In beeld, doelgroep behandelmethodes van beeldend therapeuten, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/ Diegem.

Smeijsters. H. Handboek Creatieve therapie, Coutinho, Bussum, 2008.

Smeijsters. H, De kunsten van het leven, Veen Magazines, Diemen, 2008.

Smeijsters. H (red.) & Gemmy Willemars, Julie Kil, Han Kurstjens, Jaap Welten en Pijke Dijkema, Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg Resultaten van praktijkgericht onderzoek. KenVaK / KenVaK Publishers, 2012.